

Francine Gonçalves Honório

**INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM E DA FILOSOFIA DOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, para a obtenção do grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Honório, Francine Gonçalves
INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO : CONTRIBUIÇÕES DA
ENFERMAGEM E DA FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS /
Francine Gonçalves Honório ; orientadora, Luciana Martins
da Rosa - Florianópolis, SC, 2016.
147 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Cuidados
Paliativos. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Enfermagem.
I. Rosa, Luciana Martins da. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do
Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Francine Gonçalves Honório

**INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM E DA FILOSOFIA DOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

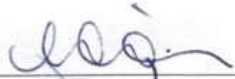
Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina


Florianópolis, 15 de dezembro de 2016.

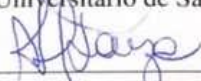

Prof^a. Dra. Jane Cristina Anders

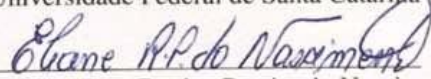
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof^a. Dra. Luciana Martins da Rosa (Orientadora)
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof^a. Dra. Lara Patrícia Kretzer
Hospital Universitário de Santa Catarina


Prof^a. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof^a. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Universidade Federal de Santa Catarina

*Ao meu querido Vô Francisco (Chico),
que sempre me deu atenção, carinho e
preciosos conselhos. Tenho certeza
que, de onde você estiver, está feliz
por mais esta conquista. Você
permanecerá eternamente em nossas
lembranças e principalmente em
nossos corações.*

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento maior a Deus, porque tem sido tudo em minha vida, me guiando diariamente.

Aos meus pais, Silésia e Batista, sem vocês minha formação pessoal e profissional não poderia ter sido concretizada. Vocês sempre acreditaram em mim, me proporcionaram o estudo, além de carinho e amor, me ensinando os conhecimentos da integridade e da perseverança.

À minha família, meus padrinhos Orlando e Sônia, minha tia Sirlei, minha vó Lourdes e meus amores Pedro e Bia, que sempre estiveram presentes, ainda que à distância. Vocês são meus maiores exemplos. Obrigada por cada incentivo e orientação, pelas orações, pela preocupação para que estivesse sempre andando pelo caminho correto.

Ao meu irmão Filipe e cunhada Fernanda, que, de forma especial e carinhosa, me deram força, me apoiando em todos os momentos e cuidando sempre muito bem de mim.

Ao meu namorado, Alex, que sempre compreendeu a importância dessa conquista, aceitou a minha ausência, se fazendo presente com muito apoio. Agradeço pela dedicação, por todo amor, paciência e compreensão.

À minha orientadora Luciana, por ter me adotado, acreditado em mim e nunca me deixar desistir, por me ouvir pacientemente, por suas recomendações e cordialidade com que sempre me recebeu, sempre me motivando. Por sua competência profissional, disponibilidade, sua forma exigente e crítica, me mostrando sempre o caminho certo.

Aos meus colegas e amigos de classe, em especial Monique, Carolina, Geyza e Bruna, com quem aprendi a amar e construir laços. Esta caminhada não seria a mesma sem vocês.

Aos amigos, obrigada por estarem presentes nessa caminhada, me confortando, ouvindo e aguentando meus momentos de impaciência e inquietação.

À Equipe da UTI, pela disponibilidade em participar e contribuir com meus objetivos, me acolhendo sempre com muito carinho, tornaram-se minha segunda família.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade em aceitar, ler e contribuir gentilmente com meu trabalho e crescimento profissional.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta etapa e me incentivaram a seguir em frente.

HONÓRIO, Francine Gonçalves. **Instrumento de controle intensivo: Contribuições da enfermagem e da filosofia dos Cuidados Paliativos**. 2016. 147p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Os cuidados paliativos ainda são atrelados à morte. O aperfeiçoamento científico e dos registros são estratégias para transformação desta realidade. Assim, pensando em contribuir com a qualificação do cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos atendidos em uma unidade de terapia intensiva do Estado de Santa Catarina, adaptou-se um instrumento de controle intensivo para registro dos principais sinais e sintomas em cuidados paliativos: dor e *delirium*. Neste contexto, este estudo objetiva: identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares, sobre cuidados paliativos; capacitar os profissionais de enfermagem para o cuidado de pacientes em cuidados paliativos; avaliar com os profissionais de enfermagem se a adaptação de instrumento para o controle intensivo atende às necessidades dos pacientes em cuidados paliativos; implementar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes internados sob os cuidados paliativos no cenário da investigação. A pesquisa convergente assistencial constituiu o desenho deste estudo. A coleta de dados foi realizada entre maio e novembro de 2016, por aplicação de questionário contendo perguntas abertas e fechadas, abordando dados sociodemográficos, formação dos profissionais, conhecimento e dificuldades sobre cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. Nesta etapa, incluíram-se 25 profissionais. Na segunda etapa da coleta de dados, realizou-se a capacitação dos profissionais para o cuidado de pacientes em cuidados paliativos e para o uso do instrumento de controle intensivo, objeto deste estudo. Ainda nesta etapa, o instrumento foi avaliado pelos profissionais e os ajustes foram incluídos no instrumento. Na terceira etapa, colocou-se o

instrumento em uso por 15 dias e nova avaliação e ajustes foram realizados para a implementação do uso. Na etapa da capacitação, participaram 16 profissionais, enquanto na avaliação do instrumento, 32 profissionais. A análise dos dados seguiu as recomendações da pesquisa convergente assistencial. A avaliação dos conhecimentos mostrou o vínculo com o fim de vida, medidas de conforto e o desconhecimento dos princípios dos cuidados paliativos, a angústia, o desconforto e o respeito ao próximo, sentidos pelos profissionais de enfermagem. Após a capacitação, os profissionais mostraram melhor avaliação dos sinais e sintomas em cuidados paliativos. A avaliação do instrumento qualificou os registros de enfermagem inicialmente propostos, incrementou o cuidado prestado na unidade de terapia intensiva e a organização do cuidado de enfermagem, dando visibilidade frente à equipe de saúde.

Palavras chave: Cuidados paliativos. Enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Educação permanente em saúde. Registros de enfermagem.

HONÓRIO, Francine Gonçalves. **Intensive control instrument: Contributions of nursing and philosophy of Palliative Care**. 2016. 147p. Dissertation (Professional Master's Degree). *Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis*, 2016.

Advisor: Prof. Dr. Luciana Martins da Rosa.

Research Line: Care and the process of living, being healthy and becoming ill.

ABSTRACT

Palliative care is still linked to death. Scientific and register improvement are strategies for transforming this reality. Thus, in order to contribute to nursing care qualification to patients in palliative care attended at an intensive care unit in the State of Santa Catarina, an intensive control instrument was adapted to record the main signs and symptoms in palliative care, pain and *delirium*. In this context, this study aims to: identify nursing professionals' knowledge of an Intensive Care Unit of the State of Santa Catarina, a reference in infectious and pulmonary diseases, on palliative care; empower nursing professionals to care for patients in palliative care; evaluate together with nursing professionals if the adaptation of the instrument to intensive control attended the needs of patients in palliative care; implement the use of the intensive control instrument adapted for patients under palliative care in the research scenario. The convergent care research constituted the design of this study. Data collection was performed between May and November 2016, by application of a questionnaire containing open and closed questions, addressing sociodemographic data, training of professionals, knowledge and difficulties about palliative care in an intensive care unit. At this stage are included 25 professionals. In the second stage of data collection, the professionals were empowered to care for patients in palliative care and to use the intensive control instrument, object of this study. Even at this stage the instrument was evaluated by the professionals and adjustments were included. In the third stage, the instrument was placed in use for 15 days and a new evaluation and adjustments were performed for use implementation. At the training stage, 16 professionals participated while others 32 in the instrument evaluation. Data analysis followed the recommendations of convergent care research. The knowledge evaluation showed the link

with the end of life, measures of comfort and the lack of knowledge of palliative care principles; the anguish, the discomfort and the respect for others, felt by nursing professionals. After the training, the professionals showed a better evaluation of the signs and symptoms in palliative care. The evaluation of the instrument qualified the nursing records initially proposed, increased the care provided in the intensive care unit and the organization of nursing care, giving visibility to the health team.

Key words: Palliative care. Nursing. Intensive care unit. Permanent health education. Nursing records.

HONÓRIO, Francine Gonçalves. **Instrumento de control intensivo: Contribuciones de la enfermería y la filosofía de los cuidados paliativos**. 2016. 147p. Disertación (Master Profesional) - *Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis*, 2016.

Asesor: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa.

Línea de investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser sanos y enfermos.

RESUMEN

Los cuidados paliativos también están vinculados a la muerte. Mejora científica y registros son estrategias para la transformación de esta realidad. Por lo tanto, el pensamiento de contribuir a la calificación de la atención de enfermería a pacientes en cuidados paliativos tratados en una unidad de cuidados intensivos del Estado de Santa Catarina, se ha adaptado a un instrumento de control intensivo para el registro de los principales signos y síntomas en los cuidados paliativos, el dolor y el *delirium*. En este contexto, este estudio tiene como objetivos: identificar el conocimiento de los profesionales de enfermería, de una Unidad de Cuidados Intensivos del Estado de Santa Catarina, una referencia en enfermedades infecciosas pulmonares y en los cuidados paliativos; capacitar a las enfermeras para el cuidado de los pacientes en cuidados paliativos; evaluar los profesionales de enfermería, la adaptación del instrumento para el control intensivo satisface las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos; implementar el uso de instrumentos de control intensivo adaptado para pacientes hospitalizados en cuidados paliativos en el escenario de la investigación. La investigación convergente asistencial fue el diseño de este estudio. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y noviembre de 2016, por un cuestionario que contiene preguntas abiertas y cerradas, abordando datos sociodemográficos, formación de profesionales, el conocimiento y las dificultades de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Esta etapa incluye 25 profesionales. En la segunda etapa de recolección de datos se llevó a cabo la formación de profesionales para la atención de pacientes en cuidados paliativos y el uso del instrumento de control intensivo, objeto de este estudio. Aun en esta etapa el instrumento fue evaluado por los profesionales y los ajustes fueron incluidos en el instrumento. En la tercera etapa, se coloca el

instrumento en uso durante 15 días y nueva evaluación y se hicieron ajustes para poner en práctica el uso. En el entrenamiento de la etapa participaron 16 profesionales en la evaluación del instrumento 32 profesionales. Análisis de los datos siguió las recomendaciones de la investigación convergente asistencial. La evaluación de los conocimientos mostró el vínculo con el final de la vida, las medidas de confort y la ignorancia de los principios de los cuidados paliativos; malestar, incomodidad y respeto por los demás, experimentada por los profesionales de enfermería. Después de la capacitación de profesionales mostraron una mejor evaluación de los signos y síntomas en los cuidados paliativos. La evaluación de los instrumentos califico los registros de enfermería inicialmente propuestas, aumento de la atención recibida en la unidad de cuidados intensivos y la organización de los cuidados de enfermería, proporcionando visibilidad a través del equipo de salud.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Enfermería. Unidad de cuidados intensivos. Educación permanente en salud. Registros de enfermería.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CODIFICAÇÕES DAS COMUNICAÇÕES UTILIZADAS NA ANÁLISE DOS DADOS.....	53
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: IDADE, ESCOLARIDADE, TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI, TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM, NO CENÁRIO DO ESTUDO E EM UTI. FLORIANÓPOLIS - SC, BRASIL, 2016. (N = 25)	62
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPs	Cuidados Paliativos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
EPS	Educação Permanente em Saúde
CEPEn	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MS	Ministério da Saúde
ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
SUS	Serviço Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
RQI	Registo de Informações dos Questionários
HPNA	<i>Hospice and Palliative Nurses Association</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
1.1. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	31
2. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	33
2.1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	33
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMAGEM	37
2.3. CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	40
2.3.1. Sinais e Sintomas em Cuidados Paliativos	43
2.4. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS	44
3. DESENHO METODOLÓGICO.....	47
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	47
3.2. FASES DO MÉTODO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	47
3.2.1. Fase de Concepção	47
3.2.2. Fase de Instrumentação	47
3.2.2.1. Cenário do estudo.....	48
3.2.2.2. Participantes do estudo.....	48
3.2.2.3. Coleta de dados	49
3.2.2.4. Considerações éticas	51
3.2.3. Fase de Perscrutação.....	51
3.2.4. Fase de Análise.....	53
3.2.4.1. Processo de apreensão.....	53
3.2.4.2. Processo de síntese	55
3.2.4.3. Processo de teorização	55
3.2.4.4. Processo de transferência	55

4. RESULTADOS.....	57
4.1. MANUSCRITO 1: CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	57
4.2. MANUSCRITO 2: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	109
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS: CONHECIMENTO E VIVÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS	113
APÊNDICE C: CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS INTERNADOS EM UTI	115
APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS – COM AVALIAÇÕES E SUGESTÕES DA EQUIPE.....	117
APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS – COM SUGESTÕES DA EQUIPE APÓS CAPACITAÇÃO	123
APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS – VERSÃO FINAL	127
APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
ANEXO 1: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON.....	135
ANEXO 2: ESCALA COMPORTAMENTAL DE DOR DE BEHAVIORAL – (BEHAVIORAL PERFORMANCE SCALE) ..	137
ANEXO 3: ESCALA DE CONFUSION ASSESSMENT METHOD	

– CAM – ICU - VERSÃO PORTUGUÊS.....	139
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTES INTERNADOS EM UTI	141
ANEXO 5: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	145

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS define Cuidados Paliativos (CPs) como:

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 12).

Esta forma de cuidar objetiva minimizar o sofrimento e aliviar as dores físicas, psicossociais e espirituais ao longo de todas as fases da doença e até no momento da morte. Neste contexto, alguns princípios orientam esta prática, tais como o reconhecimento da importância da família para o bem estar do paciente, o desenvolvimento de vínculo de parceria entre a equipe e o paciente/família e a realização do trabalho através de uma equipe multidisciplinar que possa atender o paciente em suas necessidades (MACIEL, 2006).

A abordagem multidisciplinar é importante porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes em CPs. Desta maneira, destaca-se a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa e o acompanhamento diferenciado do paciente (MATOS; PIRES; RAMOS, 2010; VARGAS et al., 2013).

Os CPs devem abranger todos os níveis de complexidade de atendimento em saúde, inclusive as instituições asilares. São apropriados, principalmente, para pessoas que sofrem com doenças crônicas, degenerativas, lesões neurológicas graves e outras condições irreversíveis, podendo, inclusive, o paciente estar internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (MELO; LADEIRA *apud* ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Devem incluir um conjunto de medidas de intervenção que garantam aconchego ao paciente e que possam ser executadas concomitantemente às atividades de caráter curativo (FONSECA; MENDES Jr.; FONSECA, 2012).

Nas situações onde os profissionais que cuidam de pacientes com doenças de maior gravidade são sabedores de que o prognóstico mais provável é a morte e não a recuperação da saúde, ao invés de se persistir com ações direcionadas para a reversão e o prolongamento da vida, a

custa de sofrimento, a filosofia dos CPs recomenda direcionar as condutas para intervenções que busquem o alívio do sofrimento e o conforto (FONSECA; MENDES Jr.; FONSECA, 2012).

Historicamente, os CPs tiveram início na Inglaterra em meados de 1960, a partir do trabalho da enfermeira, médica e assistente social *Cicely Saunders*. Para ela, o cuidado do sofrimento do doente terminal deve atuar na dor física, dor psicológica, dor social e dor espiritual, confortando o paciente e seus familiares, de forma permitir e adquirir melhor qualidade de vida (MARTA; HANNA; SILVA, 2010).

No Brasil, o primeiro serviço de CPs surgiu no Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1983, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o segundo foi criado em 1986, no Hospital do Câncer II, em São Paulo, denominado de Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas. Em Santa Catarina, criou-se o terceiro serviço de CPs do Brasil, no ano de 1989, no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), que hoje oferece aos pacientes sob seus cuidados atendimento em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Com o avanço dos CPs no Brasil, em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com enfoque na área da Oncologia e dos CPs domiciliares (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Em 26 de fevereiro de 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), na cidade de São Paulo (SP), por médicos e profissionais de saúde, tendo como visão: ser referência para profissionais da saúde interessados em CPs para ampliar o conceito de equipe multidisciplinar na saúde (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

O profissional de enfermagem se destaca neste contexto de cuidados por incorporar a ciência e a arte de cuidar, quando ampara, suporta e conforta desde o diagnóstico à terminalidade. Desta maneira, durante todo o período de cuidado, incluindo o período de luto, compartilha momentos de amor e compaixão, mostra que é possível morrer com dignidade, contribuindo para que a sociedade acredite que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor (BOEMER, 2009).

O cuidado é inerente à profissão da Enfermagem, desde sua concepção moderna, proposta por Florence Nightingale. Assim, os enfermeiros norteados por essa diretriz e pela formação em CPs podem ajudar os pacientes no processo de morrer, tendo como fio condutor do cuidado a preservação da dignidade humana (BOEMER, 2009), mesmo

diante das necessidades técnicas de cuidado exercidas com competências por estes profissionais.

O interesse por CPs surgiu ao iniciar meu trabalho como enfermeira intensivista de um hospital do Estado de Santa Catarina, especializado em doenças infectocontagiosas e pulmonares, no ano de 2011, onde pela primeira vez entrei em contato com a filosofia e necessidade dos CPs.

Desde então, ao realizar minhas atividades como enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), observo que existe um número crescente de internações de doenças com maus prognósticos, estando em diferentes fases de assistência dos CPs. A maioria deles, na minha observação, encontra-se entre a segunda e terceira fase.

Segundo Moritz et al. (2011), no Fórum do Cone Sul em 2010, a assistência intensiva aos pacientes em CPs pode ser dividida em três fases: a) primeira fase: quando é percebida pela equipe maior possibilidade de recuperação, onde o tratamento busca a cura ou reestabelecimento; b) segunda fase: quando é percebida pela equipe pouca resposta do paciente aos tratamentos oferecidos, geralmente a morte é prevista para dias, semanas ou meses; c) terceira fase: quando é percebida pela equipe irreversibilidade da doença e geralmente a morte é prevista para horas ou dias.

Para os pacientes em segunda e terceira fase dos CPs internados em UTI, deve-se considerar a suspensão gradativa das terapias consideradas fúteis (distanásia), ou seja, aquelas que podem até prolongar a vida, mas não trazem conforto, qualidade de vida e muito menos a cura ou o controle da doença. Nestas fases, deve-se priorizar a redução da ansiedade, dispneia, agitação, *delirium*, dentre outros sintomas de CPs, e oferecer atenção aos familiares para uma morte digna (ortotanásia) (BARUZZI; IKEOKA, 2013).

Na unidade onde atuo, os pacientes internados são avaliados diariamente pela equipe multiprofissional, que adequa e ajusta os tratamentos clínicos. Estes ajustes levam em consideração aspectos como as comorbidades pré-existentes, desejos dos pacientes e prognósticos da doença atual. No momento da internação do paciente são levantados esses dados através de entrevista com a família (se esta estiver presente) e através dos registros de referência (carta de transferência da instituição que encaminhou o paciente). Durante a internação, se o paciente não responde aos tratamentos oferecidos, logo se percebe a necessidade de preparo da família para a progressão do quadro clínico. Para tanto, é agendado um horário com a família para

realização de uma conferência familiar, quando é discutida a condição clínica, o prognóstico e a resposta clínica do paciente internado frente à terapêutica prescrita.

Essa conferência geralmente ocorre no período matutino e é realizada por uma médica e uma enfermeira com treinamento em CPs. Após a discussão, os familiares têm a oportunidade de sanar suas dúvidas, demonstrar seus medos e anseios. Também são informados da possibilidade de alta da UTI para outra unidade de internação, quando apropriado, visando o aconchego familiar e maior tempo de permanência junto ao seu ente querido, quando se diagnostica a condição paliativa sem indicação de cuidados em UTI. Essa conferência contribui com a planificação dos cuidados ao paciente.

Percebo neste cenário a dificuldade de alguns profissionais, das diversas áreas técnicas, em aceitar os cuidados paliativos em pacientes internados na UTI e de oferecer plano de CPs exclusivo aos mesmos, conforme preconiza a OMS.

Esta dificuldade de aceitação, no meu ponto de vista, associa-se à falta de conhecimento e entendimento sobre a filosofia dos CPs. Ainda é forte o vínculo dos CPs ao fim da vida e a carência de formação em CPs na graduação impede que os profissionais sem especialização específica possam exercer efetivamente os CPs.

Alguns autores apontam para esta carência na formação, que contribui para a existência das dificuldades teórico-científicas enfrentadas pelos profissionais na prática clínica, além dos aspectos cognitivos e afetivos relacionados ao processo da morte e do morrer vivenciado pelos profissionais (SANTOS; CORRAL-MULATO; BUENO, 2014; KOVÁCS, 2010).

A carência na formação em CPs e o fato dos profissionais da área da saúde serem formados para a cura, muitas vezes, leva às obstinações terapêuticas no intuito de salvar vidas, a despeito do mau prognóstico e até mesmo o desapontamento dos doentes e familiares.

No cenário em questão, diariamente era utilizado pela equipe de enfermagem um instrumento de controle intensivo, onde eram anotadas as informações relevantes sobre o paciente em atendimento intensivo: sinais vitais, valores neurológicos avaliados pela Escala de *Glasgow* e Escala de Sedação (RASS), parâmetros de ventilação mecânica, entre outros. Porém, este instrumento não contemplava as principais necessidades dos pacientes em cuidados paliativos, tais como as necessidades de identificação da presença de sintomas de desconforto como dor, dispneia e *delirium*. No entanto, algumas escalas já são

reconhecidas internacionalmente para avaliação destas características, tais como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Anexo 1), a Escala Comportamental de Dor - *Behavioral Performance Scale* (Anexo 2) e a Escala de *Delirium* (Anexo 3), conhecida pela sigla CAM-ICU.

A Escala do CAM-ICU (Anexo 3) é utilizada para diagnóstico do *delirium*, seu uso é muito preconizado em pacientes em fase terminal e internados em UTI. Ela consiste na observação da presença de quatro condições: início agudo ou flutuante da alteração do estado mental, inatenção, nível de consciência alterado e pensamento desorganizado. A presença destas condições permite o diagnóstico de *delirium*, que quanto mais precocemente for diagnosticado, mais precocemente podem ser tomadas medidas de controle (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Anexo 1) avalia nove dos principais sinais e sintomas físicos e psicológicos (dor, fadiga, náuseas, tristeza, ansiedade, sonolência, falta de apetite, falta de ar, mal-estar) apresentados por pacientes em CPs. A escala gradua a intensidade dos sinais e sintomas, que varia do escore zero a 10, onde zero é ausência do sintoma e 10 é o nível mais forte de manifestação. Nesta escala ainda se pode acrescentar algum outro sintoma identificado pelos profissionais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A Escala Comportamental de Dor (*Behavioral Performance Scale*) (Anexo 2) é utilizada para avaliar a dor em pacientes sedados e em ventilação mecânica. Esta avaliação observa a alteração na expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica do paciente. Ela define a intensidade da dor, que pode ser pontuada entre o valor três (nenhuma dor) e 12 (maior intensidade da dor). É considerada de fácil interpretação pela equipe de saúde. A presença de dor também é contemplada na Escala de Edmonton, sendo indicada para o paciente que estiver em respiração espontânea e sem sedação, assim podendo referir-se a sua própria percepção dolorosa (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Estas Escalas são amplamente divulgadas e utilizadas no contexto da saúde e científico, o que dispensa a autorização de seus autores para uso neste estudo.

Diante da realidade do cenário em questão, considere importante a adaptação do instrumento de controle intensivo utilizado no cenário do estudo (Anexo 4) para uso em pacientes submetidos aos cuidados paliativos em UTI. Como aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional,

da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante a realização da disciplina Prática Assistencial, ajustei o referido instrumento, em um trabalho conjunto com outra enfermeira atuante no Setor da Educação Continuada da unidade hospitalar do mesmo cenário institucional, para incluir as referidas escalas. O instrumento adaptado na disciplina Prática Assistencial é apresentado no Apêndice A.

Para iniciar o uso do instrumento adaptado era necessária a avaliação do conteúdo e capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem para uso do mesmo. Além desta capacitação para uso do instrumento, considerei que seria importante minimizar a carência de formação em CPs, ou seja, gostaria que os profissionais compreendessem os CPs conforme preconiza a OMS. Desta maneira, este estudo busca responder aos seguintes questionamentos:

- a) Quais os conhecimentos em CPs identificados com os profissionais de uma equipe de enfermagem atuante na UTI de um hospital referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares?
- b) Qual a avaliação da equipe de enfermagem sobre o instrumento de controle intensivo adaptado, incluindo o controle dos sinais e sintomas em CPs, controle da dor e *delirium*?

Ao responder esses questionamentos, traçaram-se os seguintes objetivos gerais:

- a) Identificar o conhecimento sobre CPs dos profissionais de enfermagem de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares;
- b) Capacitar os profissionais de enfermagem de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares, para o cuidado de pacientes em CPs;
- c) Avaliar com os profissionais de enfermagem de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares, se a adaptação de instrumento para o controle intensivo atende as necessidades dos pacientes em CPs internados nesta Unidade;
- d) Implementar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CPs em uma UTI do Estado de Santa Catarina referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares.

1.1. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Muitas doenças são consideradas incuráveis, sendo assim, o tratamento tem como objetivo maior o controle dos sintomas decorrentes da evolução da doença, destacando-se a dor. Diante disso, o conhecimento sobre cuidados paliativos, a partir da filosofia, objetivos e princípios da OMS, é o grande orientador para uma prática mais assertiva e cuidativa, que reduza as obstinações terapêuticas e as práticas de desconforto.

A capacitação em CPs pode contribuir para redução da lacuna na formação e esta iniciativa atende à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 1.998, de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007, que define a educação permanente como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de Saúde, buscando a reflexão crítica do serviço, a resolução dos problemas e o fortalecimento do Sistema, dando continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário (BRASIL, 2004; 2005; 2007). Assim, entende-se que este estudo estará seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e atendendo as necessidades do usuário do SUS.

Outro aspecto que justifica este estudo relaciona-se ao controle adequado dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CPs em todas as fases da doença, para implementação de plano de cuidados a fim de obter-se o alívio dos sofrimentos. O instrumento proposto para uso no cenário do estudo favorecerá o controle e registro dos sinais e sintomas e, conseqüentemente, favorecerá a implementação de cuidados voltados à singularidade dos pacientes.

A identificação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CPs nas UTIs é um desafio para a equipe, pois, muitas vezes, estes se encontram intubados, têm comprometimento de déficits comunicativos, alteração do nível de consciência, entre outros. Por esse motivo, o uso de escalas validadas facilita a avaliação clínica do paciente. Contudo, torna-se fundamental a capacitação da equipe para que esta consiga fazer uma avaliação eficaz e identificar os sinais e sintomas que incomodam o paciente e os procedimentos de rotina do serviço que teriam impacto negativo no conforto do paciente (KRETZER, 2012). Assim, a capacitação e o uso de instrumentos adequados podem qualificar a prática de cuidados, contribuição almejada por este estudo.

Por conseguinte, justifica-se esse estudo, uma vez que a concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é considerada bastante viável e atende as demandas de necessidade de saúde da atualidade, considerando a transição demográfica e epidemiológica vivenciada pela atualidade.

2. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

A sustentação teórica foi realizada através de uma revisão narrativa e configura o referencial teórico deste estudo. A revisão narrativa apresenta o estado da arte de um assunto específico, constituindo-se pela análise da literatura a partir da interpretação e análise crítica do pesquisador, sem seguir um método pré-determinado. A seleção das publicações incluídas no estudo é realizada em função da temática. Este tipo de revisão é indicado quando se deseja defender um ponto de vista ou para abordar diferentes pontos de vista. Portanto, o resultado consiste no ponto de vista do autor (PRADO; BULNES; PENÃ, 2013).

2.1. CUIDADOS PALIATIVOS

No decorrer da história da humanidade, a percepção da morte foi se transformando. Para nossos antepassados, a morte era interpretada como uma fase natural da vida. O processo de morte/morrer era acompanhado pelos familiares, permitindo maior conforto ao doente e entes queridos no final da vida. A morte era consumada nas residências dos doentes, o que fazia com que os familiares assumissem o cuidado. Porém, com a transição de conceitos e percepções sobre o processo de morte, essa responsabilidade foi sendo transferida para as casas de saúde e seus profissionais (SANTANA et al., 2009).

Sendo assim, se fez necessário aprender a lidar com o contexto de doenças sem prognóstico, adotando uma nova filosofia sobre a abordagem de pacientes terminais (SANTANA et al., 2009).

A medicina paliativa e a curativa caminham juntas para dar apoio ao paciente durante o processo de adoecimento, como também no processo de morrer, considerando este último como fase natural do viver. O reconhecimento da fase terminal pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento de cuidado e preparo do paciente e família para a morte (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

O termo paliativo tem sua origem no termo latino *pallium*, que significa manto, coberta, oferecendo a ideia de proteção e amparo. Portanto, o termo paliativo designa o objetivo de proteger o paciente no último período de sua vida. O termo, por vezes, é compreendido pejorativamente no meio leigo e até mesmo no meio profissional, fruto da falta de educação sobre o tema. É comum o entendimento de que são cuidados oferecidos apenas quando “não há mais nada a fazer” do ponto

de vista curativo, ou seja, quando a morte é inevitável e tratamentos passam a ser considerados fúteis. A própria definição da OMS, publicada em 1990, descrevia os CPs como: “os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura” (MACIEL, 2008, p. 16).

No entanto, este conceito foi superado em favor de um conceito mais amplo, onde os cuidados paliativos são inseridos nos cuidados dos pacientes mais precocemente. Dentro deste entendimento mais atual, os CPs podem e devem ser iniciados em conjunto com os cuidados curativos ou modificadores da doença. Isso porque mesmo nos estágios iniciais das doenças que ameaçam ou reduzem a expectativa de vida, pacientes e seus familiares necessitam de ações da equipe multiprofissional voltadas às suas necessidades específicas, sejam elas comunicativas ou de controle dos sintomas que acompanham as doenças e seus tratamentos. Acima de tudo, essa filosofia de cuidado não se baseia exclusivamente em protocolos, mas em princípios como a busca pela qualidade de vida ao longo da doença até o momento da morte e a aceitação da morte como processo natural (PEIXOTO et al., 2013).

Historicamente, o CP se confunde com o conceito de *hospice*, que eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no hospício do Porto de Roma (CORTES, 1988). Os *hospices* medievais abrigavam peregrinos e doentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa, tais como o caminho de Santiago de Compostela. Muitos deles morriam nestas hospedarias, recebendo cuidado leigo e caridoso. No século XIX, o cuidado continuava sendo exercido por leigos, porém, voltado para a assistência espiritual e o controle da dor, com características que progressivamente se aproximavam de um ambiente hospitalar, onde existiam alas específicas para o cuidado de pacientes com tuberculose e câncer (MACIEL, 2008).

Atualmente, além da Europa, muitos países oferecem cuidados em *hospices* que utilizam a filosofia dos CPs no atendimento dos pacientes até o fim de suas vidas (RODRIGUES et al., 2014).

O movimento *hospice* moderno surgiu com a fundação, por Cicely Saunders, do *St. Christofer Hospice*, em 1967, em Londres, na Inglaterra. A estrutura do *St. Christopher* permitiu não apenas a assistência aos doentes, mas esforços de ensino e pesquisa. Ela deu início ao cuidado centrado no paciente em fase terminal, com diagnóstico de doença incurável, na qual esse sofrimento passava por

quatro elementos: dor física, dor psicológica, dor social e dor espiritual (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012). Mais tarde, naquele país, os movimentos de protesto contra o abandono dos moribundos pelo sistema de saúde inglês expandiram-se e, no ano de 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda. A Inglaterra, em 1987, foi o primeiro país a reconhecer os CPs como uma nova especialidade médica (MENEZES, 2004).

Em 1970, Saunders e a psiquiatra americana Elizabeth Klübler-Ross expandiram o movimento *hospice* para os Estados Unidos da América (EUA). Durante as décadas de 70 e 80, o movimento era dirigido por enfermeiros, com adesão da comunidade, voluntários e pouca participação médica. A primeira instituição criada nos EUA foi no ano de 1975, em Connecticut, e, em 1980, com a epidemia da *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Aids), o movimento se expandiu rapidamente, havendo uma rápida apropriação do controle dos CPs pelos médicos (MENEZES, 2004).

Em 1980, o Comitê do Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs o estabelecimento de políticas de controle da dor e cuidados do tipo *hospice* para pacientes com câncer, a serem adotadas em todos os países. Desta forma, a OMS contribuiu com a expansão do conceito de CPs por outros países do globo. Além disso, em 2002, a OMS ampliou a definição de CPs, identificando os mesmos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida, por intermédio da prevenção e do alívio do sofrimento. Esta definição defende a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza não apenas física, mas também psicossocial e espiritual. Deste modo, a ampliação do conceito objetiva uma melhor qualidade de vida possível aos pacientes e seus familiares, através de sistemas de suporte que possibilitam ao paciente viver tão ativamente e plenamente quanto possível até o momento de sua morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010 apud VASQUES, 2012).

No Brasil, os CPs tiveram início a partir da década de 60, dentro de um contexto predominantemente hospitalocêntrico, voltado para a cura das doenças. Apesar da participação de múltiplos profissionais, estes nem sempre se comunicavam entre si a respeito das condutas a serem seguidas para cada paciente. A maioria dos pacientes hospitalizados em tais instituições apresentava doenças oncológicas, vivenciava dores intensas e morria solitário em hospitais com leitos

separados por biombo e sem a presença de um ente querido (RODRIGUES et al., 2014). Desde então, uma filosofia mais moderna de CPs vem sendo progressivamente incorporada em algumas instituições de saúde do país.

Uma evidência de avanço da importância dos CPs é o fato de que, pela primeira vez, o Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil incluiu em seu 6º Código de Ética Médica (CEM), no ano de 2009, que entrou em vigor em 2010, por meio da Resolução nº 1805/2006/CFM, a filosofia dos CPs como princípio fundamental. Apesar da permeabilidade da ortotanásia e orientação ética pelo oferecimento dos CPs no CEM, muitos profissionais ainda resistem em incorporar esta filosofia de cuidado, o que aponta para a necessidade contínua de debates e educação sobre o tema dentro da comunidade de profissionais de saúde (MACIEL, 2008).

Ainda para Maciel (2008), é necessário que os profissionais de saúde respeitem os pacientes desde o começo da vida até a sua morte, estendendo os cuidados paliativos aos seus familiares até o período de luto. Estes devem ser administrados de acordo com princípios que podem ser aplicados em todas as atividades desenvolvidas, recomendadas pela OMS, em 1986. São eles:

- a) Promover o alívio da dor e demais sintomas geradores de sofrimento: é necessária uma avaliação individualizada através da história do paciente, exame físico e pesquisas de conhecimento específico para a prescrição de medicamentos;
- b) Afirmar a vida e encarar a morte como processo natural: o paciente deve ser encorajado a dar mais sentido à vida que ainda lhe resta e auxiliado na compreensão de sua doença, através do debate sobre o processo de sua finitude;
- c) Não antecipar nem adiar a morte: este princípio visa melhorar a qualidade de vida do paciente, dando-lhe assistência contínua e reabilitadora, com a consciência de que o tratamento não lhe causará maior desconforto do que a sua própria doença;
- d) Aplicar os aspectos psicossociais e espirituais: a qualidade de vida envolve a redução de problemas sociais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, medicamentos e outros recursos que podem ser causas de sofrimento. Estas dificuldades devem ser levadas à equipe multiprofissional, que atua de forma integrada a fim de identificar os problemas e facilitar a tomada de decisões;
- e) Oferecer suporte que possibilite a vivência ativa do paciente até o

momento da morte: viver ativamente é preservar a sobrevivência do paciente incessantemente, sendo função do enfermeiro atuar como facilitador para a resolução de seus problemas;

- f) Oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o luto: o bem estar da família é tão importante quanto o do doente e as complicações que podem ocorrer ao longo da doença no período de luto devem ser identificadas e trabalhadas;
- g) Dar início aos cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença.

Os CPs devem ser iniciados o mais precocemente possível junto a outras medidas para prolongar a vida, incluindo ainda investigações necessárias para melhor compreensão e controle dos sintomas. Não se pode privar o paciente dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode oferecer, devendo ser usados de forma hierarquizada, levando em consideração o custo e o benefício.

Diante da emergente necessidade de investimentos em CPs no Brasil, alguns movimentos que integram profissionais da saúde, serviços e entidades, tomando como exemplo, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, estão buscando notoriedade e força política. Esses movimentos buscam contribuir para consolidar políticas públicas que tratem especificamente de CPs e integrá-las à rede, de modo a vincular a atenção básica para fornecer cuidado domiciliar (SILVA et al., 2015).

2.2. CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMAGEM

A enfermagem contemporânea tem evoluído da tradição multidisciplinar e procedimental do cuidado geral do paciente para uma fase transitória de interdisciplinaridade, que envolve diversas estruturas discretas, habilidades, saberes e fazeres profissionais, como se verifica na formação profissional e na prática cotidiana. Nesse processo, observa-se que o conhecimento de enfermagem passa a envolver os contextos cultural, social e emocional das pessoas, de forma que, ao aplicar-lhe o conhecimento científico do cuidado, o profissional acrescenta o afeto que, sem dúvida, é um fator que contribui para a melhora das condições gerais do indivíduo (CAMPOS; BOOG, 2011).

Segundo Pessine e Barchifontaine (2012), a enfermagem pressupõe o trabalho de profissionais que se aproximam nas equipes interdisciplinares de saúde e lidam, de modo intensivo e integral, com as respostas imediatas das pessoas, interagindo com seus sofrimentos, ansiedades e medos, em meio às estratégias terapêuticas.

Destaca-se nos CPs a figura do profissional de enfermagem. Para os profissionais dessa área, os CPs são inerentes à sua prática habitual. Incorporar a ciência e a arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuando no período de luto (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

As práticas com pacientes em CPs são um verdadeiro laboratório de criação e de saberes individuais compartilhados e quando o profissional em enfermagem se posiciona na situação de fornecedor de conforto ao paciente em final de vida, ele é forçado a transitar por um complexo de impressões e sentimentos que permitem o exercício de atitudes como compaixão, respeito, diálogo e práticas terapêuticas como o controle da dor (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Tratando-se de CPs, faz-se necessário que o enfermeiro tenha uma visão voltada para a subjetividade e a singularidade do paciente, presumindo o desenvolvimento de posturas relacionadas ao vínculo, acolhimento, afetividade e respeito ao doente em fase terminal, buscando, assim, superar o ensino fragmentado e reducionista das universidades a respeito do tema e aperfeiçoar a comunicação e o manejo do paciente sem a possibilidade de cura (SANTANA et al., 2009).

A comunicação no processo de morrer é uma das tarefas mais difíceis do profissional de saúde, bem como dos enfermeiros, cuja base de ensino prioriza salvar vidas e não a morte em si. Profissionais de enfermagem e familiares evitam falar sobre a terminalidade e morte, devido à crença de que aumentarão o sofrimento do paciente, criando, assim, um isolamento emocional. Diante da possibilidade da morte e da progressiva transição dos cuidados curativos para paliativos, a comunicação precisa ser pautada com cuidado e empatia (BORGES; SANTOS, 2013).

Item fundamental desta temática, a comunicação é considerada um dos pilares dos CPs. Esta habilidade deve ser entendida, desenvolvida e aprimorada ao longo da experiência do profissional junto aos pacientes e seus familiares. Um dos princípios que regem o modelo dos CPs é o da comunicação aberta. No entanto, a comunicação em CPs normalmente é permeada por notícias negativas, tornando difícil o gerenciamento tanto para quem transmite quanto para o receptor (FONSECA; GEOVANINI, 2013).

Para Moritz et al. (2008), a má comunicação é uma das principais

barreiras que geram conflitos no tratamento de pacientes em fase terminal. Para que haja uma boa comunicação, é necessário que o receptor não só escute, mas compreenda a informação. Deste modo, é necessário alinhar o transmissor com o receptor. São considerados canais do processo crítico da comunicação:

- a) Ruído – é uma interferência estranha à mensagem, tornando a comunicação menos eficaz. Significa todo e qualquer distúrbio ou barulho indesejável. Barulhos de conversa alta, telefone tocando, equipamentos, etc;
- b) Omissão – ocorre quando o receptor não tem capacidade suficiente para captar o conteúdo inteiro da mensagem e somente recebeu o que pode captar;
- c) Distorção – pode ser causada pela chamada “percepção seletiva” das pessoas: cada pessoa seleciona consciente ou inconscientemente os estímulos e informações que lhe interessam e passa a percebê-los seletivamente, omitindo as demais informações;
- d) Sobrecarga – ocorre quando os canais de comunicação conduzem um volume de informações maior do que a capacidade de processá-las. A sobrecarga provoca omissão e contribui enormemente para a distorção.

A falta de conhecimento por parte da equipe de enfermagem e também de outros profissionais de saúde no que se refere à comunicação e ao manejo de pacientes sem possibilidade de cura ocorre muitas vezes pela falta de orientação, preparo e experiência sobre o tema. Sendo assim, destaca-se a necessidade de que o enfermeiro tenha uma visão voltada para a subjetividade e a singularidade dos pacientes e familiares, a fim de estabelecer uma comunicação efetiva e também de desenvolver acolhimento, afetividade e respeito (SANTANA et al., 2009).

Ainda, para a enfermagem, oferecer CPs significa vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e clemência; é oportunizar a certeza de não estarem sozinhos no instante final, ou seja, na morte; é proporcionar cuidado holístico e atenção humanística, integrados ao agressivo controle de dor e de outros sintomas; é instruir o doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; faz parte ainda do trabalho do enfermeiro, contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

De modo específico, no âmbito dos CPs, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior concordância com toda a equipe de saúde, cujos profissionais, nesse momento específico do tratamento terapêutico, concentram seus discursos para a estrutura do cuidado ante a estrutura da cura. Tem-se, dessa maneira, um ambiente genuíno para a prática da enfermagem fundamental. Trata-se de uma abordagem de enfermagem generalizada, numa prática médica clinicamente especializada. Nesse espaço clínico, o enfermeiro deverá ocupar seu espaço profissional junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo as capacidades clínicas intrínsecas ao controle dos sinais e sintomas e a comunicação genuína para agregar as ações dos diversos profissionais em função do benefício do paciente, de sua família e também da instituição (FIRMINO, 2009).

2.3. CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O objetivo dos CPs é identificar e reduzir problemas físicos, psicológicos, espirituais e/ou sociais. A UTI é um local em que a tecnologia é utilizada para salvar a vida ou estado funcional do paciente, com isso prolongando a existência do doente. Contudo, quando se trata de pacientes em fase terminal, faz-se necessário estabelecer limites entre a qualidade possível de vida e o alongamento desta (SILVA et al., 2013).

Na prática paliativa, é imprescindível a inter-relação de todos os envolvidos, ou seja, do paciente, de seus familiares e da equipe. Além disso, é necessária uma perspectiva multidisciplinar e uma cultura institucional voltada para a atenção por meio de equipes. Uma abordagem ampla permite a inclusão dessa prática no sistema de saúde e na sociedade (MORITZ, 2012).

Ainda para Moritz (2012), os CPs podem e devem ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos/restaurativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares. Os princípios fundamentais dos CPs na UTI são:

- a) Aceitar a morte como um processo natural do final de vida;
- b) Priorizar sempre o melhor interesse do paciente;
- c) Repudiar futilidades diagnósticas e terapêuticas;
- d) Não encurtar a vida, nem prolongar o processo de morte;
- e) Garantir a qualidade de vida e do morrer;
- f) Aliviar a dor e outros sintomas associados;

- g) Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares;
- h) Respeitar a autonomia do doente e de seus representantes legais;
- i) Avaliar o custo/benefício a cada atitude médica assumida;
- j) Estimular a interdisciplinariedade como prática assistencial.

Com o desenvolvimento tecnológico, foram inúmeros os avanços na atenção à saúde da população, com melhor controle de doenças e prolongamento da expectativa de vida da população. Como resultado, observou-se um aumento na prevalência de doenças crônicas e de pacientes geriátricos. Tal fato é bastante evidente nas UTIs, onde os diversos avanços tecnológicos ampliam a possibilidade de prolongamento da vida. Em alguns casos, no entanto, o mero prolongamento pode ser considerado fútil diante de uma morte que não pode ser evitada. O desconhecimento dos profissionais sobre os CPs e a dificuldade em lidar com a fase terminal contribuem para a acentuação deste problema (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

A sustentação artificial das funções vitais pode, muitas vezes, causar a diminuição da qualidade de vida e a perda da dignidade humana em pacientes terminais. Recursos médicos são utilizados com o propósito de prolongar a vida em situações em que, por ventura, não exista a chance de recuperação.

O cuidado intensivo se destina a diagnosticar, tratar e manter doentes em iminente risco de morte inesperada. Porém, alguns destes doentes podem não responder favoravelmente aos tratamentos e suas doenças. A qualidade no cuidado de resgate de vida nas UTIs nem sempre é acompanhada pela qualidade no cuidado do paciente cuja morte é inevitável. No entanto, nas UTIs, o CP é possível e preocupa-se em manter a melhor qualidade do cuidado possível, permitindo aos pacientes uma melhor qualidade de vida, aliviando os sintomas de sofrimento, mantendo o conforto do paciente e de seus familiares (COSTA FILHO et al., 2013).

Na interpeção paliativa, o foco do cuidado dos profissionais não é apenas ao paciente e sua doença, mas se amplia para a família, devendo esta ser assistida durante todo o processo de doença e de luto, construindo assim para um novo enfrentamento da morte (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Os CPs em pacientes internados em UTI também podem envolver a suspensão gradual de drogas vasoativas, antibióticos, técnicas de diálise e hemodiálise e até mesmo suporte ventilatório mecânico.

Prioriza-se reduzir os sintomas como ansiedade, dispnéia, agitação e *delirium*, utilizando uma gama de recursos já existentes como sedativos e analgésicos (BARUZZI; IKEOKA, 2013). Contudo, os CPs ainda enfrentam uma série de barreiras nas UTIs.

Durante a prestação de cuidados paliativos aos pacientes em estado grave e aos seus familiares, devem-se integrar os três focos de atuação: próprias do paciente (respeitar a autonomia do indivíduo e o princípio da não maleficência); dos seus familiares (consentimento do paciente ou de seus representantes legais registrado em prontuário); e da equipe multiprofissional (evitar a maleficência e suspender tratamentos fúteis) (MORITZ et al., 2008).

A identificação da presença de alguns sintomas em pacientes críticos internados em UTIs, como dor, *delirium*, alterações de sono, boca seca e medo, é um desafio imposto pela redução das capacidades comunicativas dos pacientes, decorrente da diminuição do nível de consciência e da dificuldade respiratória, esta intensificada pelo uso de tubos endotraqueais ou traqueostomias. Porém, as estratégias de identificação de sintomas, mesmo diante destas dificuldades, assim como o bom controle dos mesmos, são medidas fundamentais para o sucesso de uma estratégia de humanização e melhora na qualidade do atendimento aos pacientes e seus familiares (KRETZER, 2012).

A comunicação, como já dito anteriormente, é um dos pilares dos CPs e acredita-se que uma das grandes dificuldades encontrada nas UTIs é a comunicação entre os profissionais de saúde, os pacientes e a família. A comunicação de má notícia costuma ser um dos maiores desafios destes profissionais (COSTA FILHO et al., 2013). Sendo que a má comunicação é queixa frequente dos familiares.

Ainda segundo Silva et al. (2013), em parte, estas dificuldades de comunicação em UTI se baseiam na necessidade da equipe assistencial ter um objetivo de trabalho, como a garantia da manutenção da vida. Com isso, quando se percebe que o resultado não será obtido, o profissional tende a se afastar do paciente e da família.

Em um estudo realizado em uma Universidade de Salvador, constatou-se que mesmo nos casos em que a decisão pelos CPs é consensual entre os envolvidos no processo, a falta de registro no prontuário gera, a cada período, uma nova conduta, de acordo com o médico plantonista que está atuando no turno. Desse modo, a equipe acaba sem saber como conduzir a assistência, fazendo com que os cuidados que objetivam conforto e alívio de sofrimento sejam substituídos pela obstinação terapêutica (SILVA et al., 2013).

Outro desafio na implementação dos CPs em UTI se dá pelo enorme desgaste emocional dos membros da equipe que conduzem o cuidado e tratamento de pacientes em fase terminal, causada pelo envolvimento afetivo desenvolvido durante a estadia do indivíduo na unidade. Assim, torna-se necessária a educação continuada e o apoio psicológico para os profissionais de saúde diretamente ligados ao processo de morte/morrer (MORITZ et al., 2008).

2.3.1. Sinais e sintomas em Cuidados Paliativos

Alguns sinais e sintomas são frequentes nos pacientes em CPs, portanto, é necessário conhecê-los para que se possa oferecer conforto. Os principais sinais e sintomas em CPs, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, são:

- a) Dor: pode ser classificada de acordo com o mecanismo fisiopatológico e devem ser avaliados quatro aspectos, que são: causa da dor, mecanismo da dor, fatores não físicos e discriminação detalhada da dor. A dor varia de acordo com cada pessoa, por isso é mensurada de acordo com aquilo a que o paciente se refere e descreve;
- b) Dispnéia: acomete cerca de 21 a 90% dos pacientes com ou sem acometimento do sistema respiratório, podendo ainda haver comprometimento emocional. Ao realizar a avaliação desse sintoma é fundamental que se avalie a intensidade, características, desencadeamento, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora e doenças existentes;
- c) Tosse: prevalece em cerca de 29 a 83% dos pacientes em CPs e pode estar associada ao uso de algumas drogas para tratamentos, principalmente para dor, ou a doenças pulmonares pré-existentes;
- d) Hipersecreção de vias aéreas: além de alternativas medicamentosas para alívio desse sintoma, também se podem oferecer tratamentos não farmacológicos, como reposicionamento da cabeça e vias aéreas para facilitar a drenagem de secreção e evitar acúmulos, bem como, evitar aspiração de vias aéreas. Reduz-se, assim, o desconforto e a dor que estes sintomas podem causar ao paciente e à família;
- e) Náuseas e vômitos: geralmente estão relacionados a efeitos colaterais decorrentes do uso dos opióides e pela redução do esvaziamento gástrico. São sintomas muito comuns, que acabam gerando estresse em muitos dos pacientes e familiares;

- f) Obstipação e diarreia: a maioria dos pacientes em CPs é obstipado e já utiliza algum tipo de terapia laxativa. Uma das causas da obstipação é o uso de opióides. Ao contrário da obstipação, a diarreia pode ser causada pelo uso excessivo de laxativos, a abstinência de opióides, alguns antibióticos e o uso de dieta enteral;
- g) *Delirium*: alteração aguda do nível de consciência, acompanhado de déficit de atenção, cognição, memória e desorientação. Pode ser causado por medicamentos, quadros infecciosos, constipação intestinal, dor ou distúrbios hidroeletrólíticos. Pode ser apresentado de duas formas: hipoativo ou hiperativo. O *delirium* hipoativo acomete cerca de 85% dos idosos internados em UTIs. Para diagnóstico pode ser utilizada pela equipe multiprofissional a Escala de CAM (*Confusion Assessment Method*) (Anexo 3), que já é validada em português e pode ser aplicada em poucos minutos;
- h) Ansiedade e depressão: podem decorrer do fato do indivíduo ser colocado no limite de sua existência, incerteza do tempo de vida e perdas reais que podem ser emocionais, sociais, financeiras ou afetivas;
- i) Fadiga, sudorese e prurido: geralmente não são as queixas principais de pacientes em CPs e prevalecem mais em pacientes oncológicos.

Para o controle destes sintomas, a aplicação de escalas, quando disponíveis, durante a assistência prestada ao paciente em CPs possibilita um cuidado diferenciado e individualizado, pois elas quantificam e documentam através dos escores a necessidade de intervenção (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

2.4. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E CUIDADOS PALIATIVOS

Na formação em Enfermagem, o modelo biomédico se faz dominante, tendo como base conceitual o foco no conhecimento biológico e na figura do médico de maneira positivista. Esse modelo se reproduz no ensino e na prática do cuidado com paciente fora de possibilidade de cura. A maior parte das teorias de enfermagem está historicamente associada a esse modelo, muitas vezes mantendo o afastamento dos aspectos sociais, culturais e subjetivos, o que contribui

diretamente para uma abordagem que se distancia da determinação social do processo saúde/doença (MINOSSO et al., 2013).

Atualmente, o ensino em CPs vem sendo pouco discutido e pouco abordado no currículo da graduação dos profissionais de saúde. Estudos realizados em diversos países observam uma lacuna entre a formação dos profissionais de saúde no que tange aos CPs. No Brasil, não é diferente. Aqui se encontram vários desafios a serem vencidos e, dentro deles, está a deficiência na educação de profissionais de saúde sobre terminalidade e qualidade de morte (MACHADO; PESSIMI; HOSSNE, 2007).

Com o movimento *hospice*, mudanças no paradigma hegemônico positivista apresentam potenciais, a fim de resgatar o cuidado com pacientes em fase terminal. Essa perspectiva positivista pode limitar a humanização, transformando o corpo em órgãos e células, deixando de se considerar etnia, gênero e alma. Evidencia-se que, para capacitar enfermeiros e satisfazer as necessidades do paciente em fase terminal, não basta criar novas disciplinas, mas, principalmente, é necessário mudar o enfoque sobre o processo de morrer e compreender a existência humana em sua singularidade e pluralidade (MINOSSO et al., 2013).

Dentro deste contexto, os profissionais devem ter preparo ético para saber lidar com os desafios que surgirão no campo de trabalho, buscando competência humana e ética, vivenciando valores da bioética para agir de forma coerente e responsável.

Proporcionar CP com qualidade significa implementar ações inovadoras, dentre elas mudanças de atitudes e educação de todos os profissionais envolvidos com a pessoas portadora de uma doença crônica ou com expectativa de morte próxima. Logo, para atuar na perspectiva do cuidado paliativo é pertinente investir na qualificação dos profissionais. Educar não só enfermeiros, mas toda equipe de enfermagem [...] (VARGAS; SCHNEIDER; ROSA, 2016, p. 50).

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foi instituída em fevereiro de 2004 através da Portaria 198/GM/MS e alterada pela Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007. Trata-se de uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para formar os profissionais da área da saúde, através de reflexões críticas do serviço, para resolução dos problemas e fortalecimento do sistema (BRASIL, 2004; 2005; 2007).

A PNEP tem como objetivos transformar as práticas

institucionais, melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde, comprometer a equipe com seu processo de trabalho e com a comunidade e melhorar a relação entre as equipes de trabalho (BRASIL, 2004).

O ser humano está em constante processo de aprendizagem, enfrentando diariamente o cotidiano de intervenções. A Educação Permanente em Saúde (EPS) se destaca pela problematização do processo de trabalho a partir das vivências diárias e pelo potencial para a transformação dos sujeitos e das práticas desenvolvidas no trabalho coletivo (BRASIL, 1996).

A PNEP propõe a formação, visando transformação dos modos de trabalhar na saúde em relação ao ensino, gestão, atenção e controle social. A Portaria 198/GM (2004) instituiu a política de formação e explicita seu entendimento de educação permanente como aprendizado no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

Fica ainda explícito que as atividades de formação tenham como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social, ou seja, as necessidades do setor são o eixo principal para o desenvolvimento de atividades de formação, uma novidade, considerando que, tradicionalmente, as atividades de qualificação se dão através de capacitações por categorias profissionais, sem necessidades do trabalho. Ainda, prevê a transformação das práticas e das organizações, através da problematização dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

A EPS se baseia no ensino problematizador e na aprendizagem significativa, onde os problemas presentes na realidade do dia a dia na saúde são o objeto de discussão, análise, reflexão e para os quais se buscam soluções, mudanças, respostas e produção de conhecimentos. Este processo leva em consideração as experiências, as vivências e os conhecimentos anteriores para a construção de novos conhecimentos (CECCIM; FERLA, 2009).

Diante do exposto, entende-se a importância e a articulação da EPS com os CPs, pois há que se repensar no cotidiano de trabalho, inserindo ações de EPS, oferecendo aos profissionais de enfermagem a possibilidade de repensar sua prática, pautada nos cuidados paliativos. Portanto, há que se refletir no cotidiano de trabalho acerca da filosofia e dos princípios que alicerçam os cuidados paliativos no ambiente hospitalar, bem como no domicílio, em espaços acadêmicos e nos ambulatorios.

3. DESENHO METODOLÓGICO

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Foi utilizada como referencial metodológico a pesquisa convergente assistencial (PCA). Esse tipo de pesquisa mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação da prática assistencial, com a intenção de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

De acordo com as autoras Trentini, Paim e Silva (2014), a PCA surgiu da pesquisa-ação de Kurt Lewin e do processo de enfermagem. Segundo as autoras, ao sugerir esta modalidade de pesquisa, pensou-se na enfermagem, porém, podendo ser empregada em outras profissões, principalmente nas que tiverem uma prática profissional que envolva diretamente as pessoas de uma comunidade.

A PCA sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa e está orientada para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a construções teóricas. Portanto, a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2. FASES DO MÉTODO DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

3.2.1. Fase de concepção

Na fase de concepção ocorre a escolha do tema através de uma problematização da prática do pesquisador, a questão de pesquisa, o objetivo do estudo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim, essa fase foi contemplada na introdução, objetivos e revisão de literatura deste estudo.

3.2.2. Fase de instrumentação

Na fase de instrumentação, ocorre a escolha do local onde se encontra a problemática do estudo, os participantes da pesquisa, o método de coleta dos dados e o respeito aos aspectos éticos. Nesta fase,

o pesquisador tem obrigação de estar envolvido com o conhecimento da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Os aspectos contidos nesta fase são apresentados na sequência.

3.2.2.1. Cenário do estudo

O local deste estudo foi a UTI de um hospital do Estado de Santa Catarina. Este foi inaugurado e estruturado em 1943 para atender pacientes com tuberculose e outras doenças infecciosas e parasitárias. Hoje é referência estadual em infectologia e pneumologia. A unidade hospitalar caracteriza-se por ser uma instituição pública do Estado, conta com um quadro funcional efetivo de 420 funcionários, cinco unidades de internação, um ambulatório e uma UTI. Sua estrutura é mantida por recursos públicos estaduais e presta atendimento exclusivamente público.

O Hospital é um hospital-escola, possui residência médica na área de infectologia e, além disso, disponibiliza estágio para as áreas de enfermagem, nutrição, medicina, fisioterapia e farmácia.

A UTI desta instituição foi inaugurada em 1974, sendo posteriormente desativada e reinaugurada em 1998, com cinco leitos de internação. A unidade passou por uma reforma, ficando em um local provisório no período de 2006 a 2009 e, em maio do ano de 2009, as atividades na nova estrutura foram iniciadas, tendo seu número de leitos ampliado para nove, dentre os quais, três são de isolamento. A equipe de enfermagem é composta por sete enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem, totalizando 32 profissionais.

Os pacientes admitidos na unidade são encaminhados de outras instituições ou das unidades de internação desta instituição.

A escolha pelo local se deu devido à pesquisadora principal deste estudo trabalhar nesta unidade, lidando constantemente com pacientes em CPs, e por observar, diante disso, que muitos dos profissionais, inclusive da área de enfermagem, apresentam dificuldades para lidar com o atendimento desses pacientes.

3.2.2.2. Participantes do estudo

Foram convidados para participar desta investigação todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes na UTI do cenário do estudo, independente do tempo de serviço na unidade e ainda

foram incluídas, na etapa de validação do instrumento, outras três participantes: enfermeiras gestoras do cenário institucional.

Os participantes deste estudo constituíram as etapas de coleta de dados descritas a seguir:

- a) Primeira etapa (aplicação de questionário): 25 profissionais de enfermagem, sendo quatro auxiliares de enfermagem, seis enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem.
- b) Segunda etapa (capacitação em CPs): 16 profissionais da instituição, dos quais 11 são atuantes na UTI (dois enfermeiros, um fisioterapeuta e oito técnicos de enfermagem) e cinco participantes são atuantes em outras unidades da instituição (um médico, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem).
- c) Terceira etapa (uso e avaliação do instrumento de controle intensivo): 35 profissionais de enfermagem, sendo 32 atuantes na UTI (sete enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem) e três enfermeiras gestoras da instituição.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados por motivo de licenças, atestados ou outros motivos que os ausentaram do cenário do estudo durante o período de coleta de dados e a enfermeira pesquisadora principal deste estudo. A ausência em uma das atividades desenvolvidas neste estudo não excluiu o profissional de participar das outras etapas propostas no desenho deste estudo.

3.2.2.3. Coleta de dados

Devido a sua característica de possuir movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, a PCA pode ser conduzida utilizando-se diferentes técnicas de pesquisa, tanto qualitativa como quantitativa, desde que sejam conduzidas de maneira a observar os principais critérios desse tipo de pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas para se obterem informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A **primeira estratégia** utilizada foi a aplicação de questionário, contendo perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas investigaram dados sociodemográficos e relacionados à formação dos profissionais. As perguntas abertas investigaram o conhecimento e dificuldades que os profissionais de enfermagem enfrentam durante seu

trabalho em atender os pacientes em CPs internados na UTI. O instrumento de coleta de dados é apresentado no Apêndice B.

Os dados coletados com a aplicação do questionário foram processados e analisados segundo o proposto pela técnica de análise da PCA, que envolve agrupamento dos dados em categorias temáticas. Os achados desta etapa da investigação nortearam o desenvolvimento das outras etapas de coleta de dados deste estudo.

A **segunda estratégia** de investigação e coleta de dados aplicada foi o desenvolvimento da capacitação dos profissionais para melhor compreensão da filosofia dos CPs.

No término da capacitação foi apresentado o instrumento de controle intensivo adaptado pela pesquisadora principal deste estudo e colaboradora, incluindo o controle da dor, *delirium* e sinais e sintomas em CPs (Apêndice A), já citado anteriormente. Neste momento, foi orientado o uso do mesmo na prática clínica e foi aberto espaço para discussão e sugestões para adaptações no instrumento, com a aplicação de instrumento para registro das sugestões (Apêndice D). Esta etapa foi considerada a primeira etapa de avaliação do instrumento. As sugestões consensuadas foram registradas em diário de campo e inseridas no instrumento.

Para avaliação da capacitação realizou-se avaliação verbal no término da mesma. Os itens avaliados incluíram: carga horária, conteúdos ministrados, domínio dos conteúdos pelos palestrantes e o aprendizado alcançado em CPs. Os relatos foram registrados em diário de campo.

Posteriormente, o instrumento foi apresentado a três enfermeiras gestoras (segunda etapa de avaliação). Para registro da segunda etapa de avaliação, foi disponibilizada uma cópia do instrumento para cada uma destas profissionais, contendo espaço para inclusões das sugestões (Apêndice D). Essas profissionais foram orientadas a registrar sua avaliação geral, bem como os itens que sugeriam mudança. As contribuições dos profissionais foram incluídas no instrumento de controle intensivo para pacientes em CPs.

Na **Terceira estratégia** todas as contribuições foram apresentadas à equipe de trabalho nas passagens de plantão. Posteriormente, o instrumento de controle intensivo (Apêndice E) foi colocado em uso pela equipe de enfermagem do cenário do estudo. Depois de 15 dias foi realizada nova etapa de avaliação sobre o uso do instrumento na prática clínica, seus benefícios e necessidades de ajustes. Esta avaliação foi realizada nas passagens de plantão, quando os

profissionais avaliaram verbalmente o instrumento. As sugestões foram registradas em diário de campo e foram agrupadas para a construção da versão final do instrumento, apresentada no Apêndice F.

3.2.2.4. Considerações éticas

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e todas as fases foram fundamentadas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e na Declaração de Helsinki/1964, cumprindo, assim, os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O número CAAE de aprovação é 55795116.0.0000.0121 (2016) (Anexo 5). Após aprovação pelo comitê de ética foi apresentado o projeto à equipe de enfermagem da UTI, à Gerência de Enfermagem e ao Serviço de Educação continuada do cenário do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G), quando então os profissionais de enfermagem atuantes na UTI foram convidados a participar do estudo. Diante da concordância com o mesmo foi solicitada a assinatura do TCLE.

Todas as atividades salvaguardaram o bem-estar dos participantes. Foi preservado o respeito pela pessoa, para que possa exercer sua autonomia em optar por participar ou não, e em desistir da proposta a qualquer momento, sem que tal atitude seja geradora de ônus ou constrangimentos. Também foi garantido o anonimato do participante do estudo, por meio do uso de nomes fictícios de plantas e flores (sugeridos pela autora do estudo), que preservaram as identidades dos participantes. O nome fictício foi definido pelo participante do estudo no instrumento de coleta de dados. Eu, como pesquisadora principal, fiquei disponível às dúvidas e questionamentos sempre que necessário.

3.2.3. Fase de perscrutação

Na fase de perscrutação, ocorre a definição do percurso de coleta de dados que exige rigores e a criação de estratégias próprias para obter informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Assim, para a aplicação do questionário, foi feito o convite aos profissionais para participação no estudo e preenchimento dos questionários (instrumento de coleta dos dados). A aplicação propriamente dita ocorreu na sala de reuniões da UTI (cenário do

estudo) e foi conduzida pela pesquisadora principal durante os diversos plantões de trabalho no mês de maio de 2016, conforme disponibilidade dos participantes e pesquisadora principal.

Cada participante respondeu ao questionário no dia da entrega, sendo disponibilizado o tempo de seis a 12 horas para respondê-lo, dependendo do período de plantão de cada profissional.

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários subsidiaram a elaboração dos conteúdos para capacitação. A carga horária total da capacitação foi de 16 horas e os participantes que participaram de todos os encontros receberam certificado gerado pela Educação Continuada da Instituição, em conjunto com a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

Para as capacitações foram realizados quatro encontros na sala de reuniões da residência médica da instituição. Disponibilizaram-se quatro dias diferentes e horários para escolha dos participantes. Este cuidado foi adotado para facilitar a participação de toda equipe de enfermagem. O cronograma da capacitação foi fixado no mural da UTI e no mural do cartão ponto do Hospital, bem como foi divulgado pela equipe de Educação Continuada da Instituição. A programação da capacitação é apresentada no Apêndice C.

Os participantes tiveram um momento durante os encontros para discussão e troca entre si das vivências enfrentadas no trabalho. Os encontros da capacitação foram realizados nos meses de julho e agosto de 2016, conforme horários pré-estabelecidos com os participantes, de acordo com disponibilidade de horários e dias dos mesmos.

Como ministrantes da programação científica da capacitação foram convidados profissionais de saúde de diversas áreas, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, que atuam em CPs para proferirem as palestras.

Ao final desta etapa, foi apresentado o instrumento de controle intensivo adaptado para este estudo, com o objetivo de capacitar os profissionais para seu uso, bem como para que os participantes pudessem avaliar seus constituintes, dando sugestões e avaliando os conteúdos. A avaliação sobre o instrumento também foi solicitada a três enfermeiras gestoras do cenário institucional, como já dito anteriormente. Para esta etapa de avaliação disponibilizou-se formulário para este fim (Apêndice E), conforme descrição na coleta de dados. A avaliação final, após 15 dias de uso do instrumento, foi verbal e registrada em diário de campo, conforme descrito anteriormente. O uso e a avaliação final do instrumento ocorreram em novembro de 2016.

3.2.4. Fase de análise

A fase de análise das informações é dividida em quatro processos genéricos: transferência, apreensão, síntese e teorização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A análise realizada sobre os achados deste estudo é apresentada com detalhamento no capítulo resultados.

3.2.4.1. Processo de apreensão

A apreensão na PCA inicia-se com a coleta de dados, quando então os dados coletados são organizados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste estudo, na apreensão dos dados, as respostas obtidas foram transcritas e registradas em arquivo próprio para este fim, intitulado Registro das Informações dos Questionários (RIQ), construído no Programa *Word* da *Microsoft*® 2010.

Este registro permitiu a realização da segunda etapa da análise, ou seja, a codificação das respostas dos participantes do estudo. Para codificação, realizou-se uma leitura atenta e, para cada trecho das respostas dos participantes, emitiu-se um código. Os códigos utilizados são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Codificações das comunicações utilizadas na análise dos dados. Florianópolis – SC, Brasil, 2016.

(continua)

Código	Significação do código¹
MFV	Morte e final de vida
C	Conforto
T	Diminuir tratamentos
F	Família
MP	Mau prognóstico
CE	Cuidados de enfermagem
I	Cuidado indiferente
N	Cuidado normal

¹ Título dado às temáticas que representaram as comunicações dos participantes deste estudo sobre os temas investigados no questionário investigativo, conforme esclarecido na coleta de dados.

Quadro 1 – Codificações das comunicações utilizadas na análise dos dados. Florianópolis – SC, Brasil, 2016.

(conclusão)

Código	Significação do código
P	Preparado para o cuidado
D	Desconfortável frente ao cuidado
A	Angustiado frente ao cuidado
IMP	Cuidado importante
CPF	Conforto ao paciente e família
H	Humanização

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Após a codificação, foi realizada a leitura atenta e os conteúdos de cada codificação foram agrupados por similaridade, o que possibilitou a formação das categorias temáticas. A categorização deu origem a três categorias temáticas, duas delas foram divididas em subcategorias, são elas:

- a) Categoria - Quando a vida vai perdendo suas forças, que inclui as seguintes subcategorias: Morte e final de vida; Conforto; Diminuição dos tratamentos; Cuidados com os familiares; Mau prognóstico;
- b) Categoria - Sentimentos e percepções sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em CPs, que inclui as seguintes subcategorias: Cuidados de enfermagem; Cuidado sem diferenciação; Redução dos desconfortos; Respeito e ética no cuidado; Dificil enfrentamento; Dever cumprido; Ausência de critérios para os cuidados paliativos;
- c) Categoria - Sinais e sintomas em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva.

Os dados obtidos na capacitação foram registrados no diário de campo e posteriormente agrupados por similaridade. Nesta apreensão, a totalidade dos achados referiu-se: à falta de comunicação entre os profissionais ou comunicação divergentes sobre a condição clínica e plano de cuidados aos pacientes em CPs; ao não entendimento acerca dos conceitos relacionados aos CPs; ao despreparo psicológico para atendimento dos pacientes em proximidade da morte.

As avaliações do instrumento de controle intensivo foram registradas em diário de campo e nas fichas de avaliação ofertadas para este registro, que posteriormente foram compiladas, o que permitiu o ajuste no texto e no formato do instrumento até a versão final do

mesmo.

3.2.4.2. Processo de síntese

Trata-se da parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim, os achados nos questionários foram submetidos à leitura atenta, a fim de melhor entendimento das informações advindas dos participantes.

Nesta fase, a síntese mostrou o conceito equivocado que as pessoas tinham acerca dos CPs, o que levou às capacitações e discussões em grupos, sendo também acordada a adaptação do instrumento de controle intensivo implementado no cenário do estudo.

A síntese elaborada sobre os achados é apresentada no capítulo resultados desta dissertação.

3.2.4.3. Processo de teorização

É o processo de identificação, de definição e de construção de relações. Nessa fase, o pesquisador desenvolve a revisão teórica que foi levantada durante o processo de síntese, ou seja, estabelecem-se as formulações teóricas. A teorização na PCA pode encerrar-se com as mudanças e/ou inovações em andamento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), fato este ocorrido neste estudo.

As inferências sobre os achados são apresentadas no capítulo resultados desta dissertação. A discussão foi sustentada por estudos afins com as temáticas e a partir da filosofia e princípios dos cuidados paliativos, preconizados pela OMS.

3.2.4.4. Processo de transferência

A transferência na PCA consiste na contextualização dos resultados com situações similares à prática em questão, com a intenção de transferência e socialização desses resultados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Entende-se que a divulgação do instrumento elaborado e aplicado por este estudo, um produto para o cuidado de enfermagem, possa contribuir para a prática de cuidados de outras UTIs. Sendo assim, os resultados deste estudo são apresentados no formato de manuscrito que posteriormente serão publicados em periódicos científicos.

4. RESULTADOS

Atendendo às normas do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, os resultados deste estudo são apresentados no formato de manuscritos. Para tanto, elaborou-se dois manuscritos, intitulados:

Manuscrito 1: Concepções sobre cuidados paliativos de uma equipe de enfermagem atuante em Unidade de Terapia Intensiva.

Manuscrito 2: Instrumento de controle intensivo de pacientes em cuidados paliativos.

Ressalta-se que este estudo seguiu o referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial, porém, considerando-se que este tipo de pesquisa exige múltiplas formas de coleta de dados e no manuscrito 1 ocorre a apresentação de uma única forma de coleta de dados, registrou-se o desenho: estudo descritivo, pensando-se na necessidade de publicação posterior à defesa desta dissertação.

4.1. MANUSCRITO 1: CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Este estudo identifica o conhecimento dos profissionais de enfermagem, de uma unidade de terapia intensiva do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares, sobre cuidados paliativos. Desenvolveu-se estudo descritivo, com abordagem qualitativa, aplicando-se questionário com perguntas abertas e fechadas em maio de 2016. Foram incluídos 25 profissionais de enfermagem. Das respostas surgiram as seguintes categorias temáticas: Quando a vida vai perdendo suas forças; Sentimentos e percepções sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos; Sinais e sintomas em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. Observou-se fortemente o vínculo com o fim de vida, medidas de conforto e o desconhecimento dos princípios dos cuidados paliativos. Dos sentimentos e percepções destacaram-se a angústia, o desconforto e o respeito ao próximo. Dos sinais e sintomas destacaram-se queixas álgicas, alterações respiratórias, disfagia, desconforto e angústia. Os resultados apontaram os limites e as necessidades de conhecimento dos profissionais para o aprimoramento dos cuidados paliativos em unidade

de terapia intensiva.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva. Enfermagem. Cuidados paliativos. Conhecimento. Educação permanente.

ABSTRACT

This study identifies the knowledge of nursing professionals in an intensive care unit in Santa Catarina State, reference in infectious and pulmonary diseases, about palliative care. It was developed a descriptive study with a qualitative approach, applying a questionnaire with open and closed questions in May 2016. Twenty-five nursing professionals were included. From the answers came the following thematic categories: When life loses its strength; Feelings and perceptions about nursing care for patients in palliative care; Signs and symptoms in palliative care in an intensive care unit. It was strongly observed a link with the end of life, comfort measures and lack of knowledge about the principles of palliative care. Of the feelings and perceptions were highlights the anxiety, the discomfort and the respect to the next one. From the signs and symptoms were highlights painful complaints, respiratory changes, dysphagia, discomfort and distress. The results pointed out the limits and the needs of professionals' knowledge for the improvement of palliative care in an intensive care unit.

Key words: Intensive care unit. Nursing. Palliative care. Knowledge. Permanent education.

RESUMEN

Este estudio identifica el conocimiento de los profesionales de enfermería, unidad de cuidados intensivos del Estado de Santa Catarina, una referencia en enfermedades infecciosas pulmonares sobre cuidados paliativos. Se desarrollado estudio descriptivo con enfoque cualitativo, la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en mayo de 2016. Fueron incluidos 25 profesionales de enfermería. De las respuestas surgieron las siguientes categorías temáticas: Cuando la vida pierde su fuerza; Sentimientos y percepciones acerca de la asistencia de enfermería a los pacientes en cuidados paliativos; Los signos y síntomas en los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Hubo un fuerte vínculo con el final de la vida, las medidas de confort y la

desconocimiento de los principios de los cuidados paliativos. Los sentimientos y las percepciones se destacaban malestar, incomodidad y respeto hacia los demás. Los signos y síntomas se destacaron las quejas de dolor, cambios respiratorios, disfagia, malestar e incomodidad. Los resultados mostraron los límites y las necesidades de conocimiento de los profesionales para la mejora de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos. Enfermería. Cuidados paliativos. Conocimiento. Educación continua.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas do século XX, houve aumento do acesso da população aos atendimentos e internações hospitalares. Com esta mudança, aumentaram também as internações e mortes em unidades hospitalares, incluindo as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Esses aumentos envolvem tentativas frustradas e fúteis de tratamentos que não reverterem o quadro clínico, por exemplo, de pacientes em cuidados paliativos no fim da vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Na América Latina, os Cuidados Paliativos (CPs) surgiram na década de 1980 e estão em crescimento progressivo. Atualmente contam com 922 serviços. No Brasil, os CPs estão em desenvolvimento nos últimos anos e vêm conseguindo reconhecimento da sociedade e do governo, contando hoje com 22 serviços (ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A UTI é um setor de alta complexidade dentro das unidades de internações hospitalares que concentra recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes em condição crítica de saúde e que exigem assistência permanente e especializada. Além disto, utiliza recursos tecnológicos apropriados para a observação e monitorização contínua das condições vitais do doente e para o controle das situações com exacerbações do quadro de saúde, requerendo, assim, uma equipe capacitada e que trabalhe de forma integrada, com habilidade para práticas obstinadas para manutenção da vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A Organização Mundial da Saúde – OMS define CPs como:

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam

doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 12).

Em uma UTI de um hospital do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares, observa-se que existe um número crescente de internações de pacientes com indicação de CPs e que os profissionais, por vezes, têm dificuldades e não estão preparados para esse tipo de atendimento, seja por desconhecimento, não aceitação e/ou desconforto em lidar com situações vinculadas ao fim da vida.

O desconhecimento sobre os CPs impede que muitos pacientes possam ser cuidados adequadamente, com qualidade, segurança e sem intervenções desnecessárias. Neste cenário, a demanda de atendimento em CPs é de aproximadamente 20 pacientes por mês. A maioria dos pacientes é internada por exacerbação ou complicação de alguma comorbidade pré-existente, sendo que as mais frequentes no cenário do estudo incluem-se complicações por AIDS ou DPOC em fase avançada. Alguns destes pacientes somam um tempo médio de internação em UTI de aproximadamente dez dias. Assim, questiona-se: quais conhecimentos em cuidados paliativos são identificados em uma equipe de enfermagem atuante na UTI de um hospital referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares?

Conhecer os CPs, conforme preconiza sua filosofia, princípios e objetivos, auxilia a prática diária, proporcionando ao paciente e à família um atendimento individualizado, visando conforto e reduzindo obstinações terapêuticas, visto que muitas doenças são consideradas incuráveis e um dos objetivos é o tratamento e o controle dos sintomas, em especial a dor, que é o sintoma mais frequente e gerador de sofrimento.

A formação dos profissionais em CPs ainda é falha e, por esse motivo, a identificação dos conhecimentos dos profissionais de enfermagem para o cuidado dos pacientes em CPs internados em UTI permite a definição de necessidades de capacitação.

A educação permanente neste contexto torna-se um desafio, devendo ser respaldada por ações crítico-reflexivas e participativas para transformação da prática. Cabe ainda ressaltar que a articulação entre educação e saúde encontra-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras (MICCAS;

BATISTA, 2014).

Portanto, define-se como objetivo para este estudo: identificar o conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de enfermagem de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa na modalidade pesquisa convergente assistencial (PCA), realizado na UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares.

O cenário do estudo conta com nove leitos. A equipe de enfermagem possui 32 profissionais: sete enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem. Foram incluídos todos os profissionais da área de enfermagem atuantes no cenário do estudo, independente do tempo de atuação na unidade.

Foram excluídos os profissionais que estavam afastados por motivo de licenças, atestados ou outros motivos que os ausentaram do cenário do estudo durante o período de coleta de dados. A enfermeira pesquisadora principal deste estudo, enfermeira deste cenário de prática, também foi excluída. Assim, os participantes deste estudo constituíram-se de 25 profissionais.

Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, que investigaram dados sociodemográficos e o conhecimento sobre o conceito, os princípios, os sinais e os sintomas dos cuidados de enfermagem ao paciente em CPs e os sentimentos dos profissionais ao cuidar desses pacientes.

Depois da coleta dos dados, as respostas foram transcritas e uma leitura atenta foi realizada. Para análise temática das comunicações, realizaram-se os processos de: a) apreensão - codificação das informações e a definição das categorias temáticas; b) síntese - análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações; c) teorização - que aproxima os achados da literatura disponível (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Os códigos foram estabelecidos pela similaridade dos conteúdos apresentados pelos diversos participantes e os resultados foram discutidos a luz da filosofia dos CPs e literatura científica relacionada à temática.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), CAAE 55795116.0.0000.0121 (2016) e todas as fases foram fundamentadas conforme recomendação da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Após aprovação pelo comitê de ética, foi apresentado o projeto à equipe de enfermagem da UTI, à Gerência de Enfermagem e ao Serviço de Educação Continuada, cenário do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por todos os participantes.

Foi garantido o anonimato do participante do estudo, por meio do uso de nomes fictícios de plantas e flores (sugeridos pela autora principal deste estudo), assim preservando-se as identidades dos participantes. O nome fictício foi definido pelo participante do estudo no instrumento de coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 25 profissionais (100%), quatro (16%) auxiliares de enfermagem, 18 (72%) técnicos de enfermagem e três (12%) enfermeiros; sendo 18 (72%) do sexo feminino e sete (28%) do sexo masculino.

A maioria dos profissionais tem ensino médio completo (72%), idade entre 36-40 anos (44%), atuando na enfermagem entre 11-20 anos (48%), na instituição do cenário deste estudo entre 11-20 anos (44%) e na UTI entre 11-20 anos (40%). A totalidade dos resultados é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Idade, escolaridade, tempo de atuação em UTI, tempo de atuação na enfermagem, no cenário do estudo e em UTI. Florianópolis - SC, Brasil, 2016. (n = 25)

(continua)		
ESCOLARIDADE	n	%
Ensino Médio completo	18	72
Ensino Superior completo	3	12
Especialização	3	12
Mestrado	1	4
IDADE:	n	%
25 – 30 anos	3	12
31 – 35 anos	3	12

Tabela 1: Idade, escolaridade, tempo de atuação em UTI, tempo de atuação na enfermagem, no cenário do estudo e em UTI. Florianópolis - SC, Brasil, 2016. (n = 25)

		(conclusão)
IDADE:	n	%
36 – 40 anos	11	44
41 – 45 anos	5	20
46 – 50 anos	3	12
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM	n	%
Menos de 01 ano	1	4
01 – 10 anos	9	36
11 – 20 anos	12	48
21 – 30 anos	3	12
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO	n	%
01 – 10 anos	10	40
11 – 20 anos	12	48
21 – 30 anos	3	12
TEMPO DE ATUAÇÃO EM UNIDADE DETERAPIA INTENSIVA	n	%
01 – 10 anos	10	40
11 – 20 anos	12	48
21 – 30 anos	3	12

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao serem questionados sobre os cursos realizados em CPs, o resultado mostrou que apenas quatro (16%) profissionais possuem algum tipo de curso/capacitação em CPs, sendo que, destes, três (75%) têm ensino médio e um (25%) possui ensino superior completo. Na categoria de mestrado, nenhum participante do estudo realizou curso sobre do tema.

Os dados coletados deram origem à categorização das comunicações, que resultou na elaboração de três categorias temáticas, são elas:

- a) 1ª categoria: Quando a vida vai perdendo suas forças, que inclui as seguintes subcategorias: Morte e final de vida; Conforto; Diminuição dos tratamentos; Cuidados com os familiares; Mau

- prognóstico;
- b) 2ª categoria: Sentimentos e percepções sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em Cuidados Paliativos, incluindo as subcategorias: Cuidados de enfermagem; Cuidado sem diferenciação; Redução dos desconfortos; Respeito e ética no cuidado; Dificil enfrentamento; Dever cumprido; Ausência de critérios para os cuidados paliativos;
 - c) 3ª categoria: Sinais e sintomas em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva.

Categoria - Quando a vida vai perdendo suas forças

Subcategorias: Morte e final de vida; Conforto; Diminuição dos tratamentos; Cuidados com os familiares; Mau prognóstico.

Esta categoria e suas subcategorias constituem-se por relatos que relacionam os CPs com o processo de morrer, fim de vida, morte cerebral, falência dos órgãos, necessidade de medidas de conforto, prestação de cuidados humanizados, analgesia, sedação e orientações e acolhimento aos familiares. A seguir apresentam-se alguns depoimentos para exemplificar esta categoria temática.

“Um cuidado digno ao paciente com condutas humanizadas” (Verbena).

“Cuidados paliativos são cuidados proporcionados a pacientes que já estão em sua fase terminal e/ou sem grandes expectativas de melhoras quanto ao tratamento que lhes é proporcionado” (Beijinho).

“Quando o paciente está em estado grave, sem possível retorno, com falência de órgãos ou morte cerebral” (Verbena).

“Acredito que todo paciente que não responde mais ao tratamento e esteja sofrendo com o prolongamento de seu estado na UTP” (Azaléia).

“Nos meus conceitos, o cuidado paliativo se dá quando nenhuma terapêutica médica fez resultado e os cuidados para que o paciente não sofra dor e desconfortos são ministrados até que o paciente desencarne” (Lírio).

Categoria - Sentimentos e percepções sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos

Subcategorias: Cuidados de enfermagem; Cuidado sem

diferenciação; Redução dos desconfortos; Respeito e ética no cuidado; Difícil enfrentamento; Dever cumprido; Ausência de critérios para os cuidados paliativos.

Esta categoria e suas subcategorias constituem-se por relatos que relacionam sentimentos dos profissionais ao cuidar de pacientes em CPs: angústia e desconforto, trabalho digno, o cuidado de enfermagem sendo realizado da mesma forma como é realizado para qualquer paciente, respeito com o próximo, sentimento de preparo para a prática dos CPs, a possibilidade de fazer o melhor possível e a ausência de critérios estabelecidos claramente para o cuidado dos pacientes em CPs em UTI. A seguir alguns depoimentos para exemplificação.

“Fico desconfortável por ver que os critérios do corpo clínico mudam com uma conversa com a família e por não ter um padrão bem definido, não estão claros os critérios para colocarem o paciente em CPs” (Cravo).

“Confortável, pois tenho plena certeza que a partir do momento que o paciente recebe cuidados paliativos será feito o possível para que não ocorra aumento do sofrimento no final da vida, que está muito próximo” (Lavanda).

“O meu sentimento permanece o mesmo que o de qualquer outro paciente, sempre prestando o cuidado com respeito, porém abordando a família de forma mais individualizada” (Girassol).

“À vontade, mesmo com o cuidado relativamente reduzido trata-se de um paciente. Os princípios éticos permanecem, logo, o atendimento e o sentimento de cuidar permanece” (Comigo ninguém pode).

“Sinto-me um pouco angustiada quando o mesmo é colocado em paliativo e retirado do respirador, fico desconfortável com a situação. Não sei explicar se é angústia de ver o paciente parecer agonizar ou a sensação do mesmo estar sentido dor. Uma coisa para mim é o paciente em paliativo com morte cerebral, outra é um paciente em paliativo por uma outra comorbidade que não tem volta. Sei que as duas situações não irão levar o paciente à vida, mas me sinto angustiada em ver meu paciente sem TOT, SNE, TQT. Tenho a sensação que falta algo” (Açucena).

Categoria - Sinais e sintomas em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva

Esta categoria constitui-se por respostas que apontam os sinais e sintomas de pacientes em CPs internados na UTI, cenário deste estudo. Os sinais e sintomas registrados pelos participantes do estudo envolveram: queixas álgicas, alterações respiratórias, disfagia, dependência para o autocuidado, alterações cardiocirculatórias, disfunção renal, comorbidade crônica, desconforto e angústia. Alguns depoimentos:

“Dor intensa, falta de ar, dispneia, dificuldade para se alimentar” (Onze horas).

“Desconforto, dificuldade respiratória, cianose, taquicardia ou bradicardia” (Lotus).

“Depressão respiratória, bradicardia, bradipneia, assistolia, etc...” (Comigo ninguém pode).

“Dispneia, desconforto respiratório, hipotensão, bradicardia, função renal prejudicada” (Gérbera).

“Desconforto respiratório, patologia, hipotensão” (Violeta).

“Dor, desânimo, falta de autonomia, dependência para o autocuidado, doenças crônicas de longa data” (Lavanda).

“Desconforto respiratório, angustia (quando não está em casa), escaras” (Açucena).

DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes mostra que no cenário do estudo a equipe é experiente em enfermagem e em unidade de terapia intensiva, predominando a formação em nível médio. Esta caracterização é favorável no que se refere à experiência, mas o predomínio da formação técnica de nível médio pode vincular-se à falta de formação e especialização dos profissionais na abordagem paliativista.

Estudos realizados com técnicos de enfermagem atuantes em UTI ressaltam a preocupação com o avanço das qualificações, capacitações e pesquisas relativas aos CPs, destacando a importância da reflexão do valor da vida para os pacientes com doenças crônico-degenerativas incuráveis e sobre a finitude humana (COSTA et al., 2014).

CPs na formação superior são mencionados superficialmente e a

formação média relaciona, em geral, às medidas de conforto como cuidados gerais a todos os pacientes, sendo que esta característica do vínculo dos CPs com predomínio das medidas de conforto ficou evidente nas respostas dos participantes.

Considera-se que esta postura atrela-se à formação, que destaca ainda nos dias atuais a intervenção curativista, e que, diante da finitude, o profissional sente-se limitado, pois não sabe como cuidar. Cuidar em CPs envolve medidas de conforto, podendo ou não ser ofertadas na proximidade do fim de vida, mas envolve, principalmente, a atenção aos difíceis enfrentamentos dos pacientes e familiares e os limites nos controles das funções fisiológicas.

O CP pressupõe uma abordagem transdisciplinar com a psicologia, a religião, a comunicação efetiva, a filosofia, a ética e uma transversalidade com as respostas dos pacientes, com seus sofrimentos, ansiedades e medos, em meio às estratégias terapêuticas. E, ainda, não se pode perder de vista o entendimento de que o cuidado aceita a finitude da existência e que sempre existirá algo que se possa fazer para melhorar a qualidade de vida que resta (SILVA; GUIMARÃES, 2012).

Estudos mostram que a deficiência no âmbito da formação dificulta o desenvolvimento dos CPs e destacam a dificuldade dos profissionais em lidar com a temática morte, com as necessidades do final da vida e que isto pode levar inclusive ao cuidado desumanizado. Estas características podem comprometer a qualidade do cuidado prestado, de modo a proporcionar vivências e experiências negativas. Para transformar esta prática, eles sugerem mudanças na formação e maior desenvolvimento da educação permanente (SILVA; GUIMARÃES, 2012; SILVA et al., 2015).

Com relação ao conceito e princípios dos CPs, ficou notório que os participantes têm déficit do conhecimento, porém exibem valores compatíveis com alguns princípios dos CPs. Quanto ao conceito, os participantes vincularam os CPs à morte e às medidas de conforto, ou seja, nenhum participante conceituou amplamente os CPs como o tratamento proposto pela OMS.

Este achado também é apontado por outro estudo que conclui que no Brasil os CPs ainda são desconhecidos pela maioria da população e pelos profissionais de saúde. Por esse motivo, o conceito de CPs é confundido com a proximidade da morte. Os CPs visam à suspensão de tratamentos fúteis, considerando a morte como processo natural da vida, com integração multidisciplinar. Os estudos também apontam o forte vínculo dos CPs com as medidas de conforto (BARROS, 2012;

FREITAS; PEREIRA, 2013).

Assim, reafirma-se, os CPs exclusivos são indicados aos pacientes que já não respondem aos tratamentos clínicos oferecidos para a cura, não ultrapassando o limite da dignidade e das escolhas do paciente, mantendo qualidade de vida, não ultrapassando os limites bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (NETO, 2013).

Em relação aos princípios dos CPs, as respostas dos participantes evidenciaram, com certo destaque, os seguintes princípios atrelados à prática clínica: promover o alívio da dor e demais sintomas estressantes, com avaliação e prescrição individualizada; oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o luto. No entanto, outros princípios não foram apontados, tais como: afirmar a vida e encarar a morte como processo natural; não antecipar nem adiar a morte; aplicar os aspectos psicossociais e espirituais; oferecer suporte que possibilite a vivência ativa do paciente até o momento da morte; abordagem multiprofissional; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; dar início aos cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Destaca-se que o conforto associado ao cuidado integral e individualizado foi citado nas respostas da maioria dos participantes. O acolhimento familiar foi outra prática frequentemente citada.

No cenário do estudo, a família geralmente recebe acolhimento e apoio da equipe, sendo que, quando o paciente está em fase terminal, muitas vezes, realiza-se uma conferência familiar, para ajustes de expectativas entre paciente/família e valores, identificação das necessidades e, por vezes, comunicação das más notícias. Esta conferência é realizada entre equipe e família e é liberado um tempo maior de visita para que a família fique junto a seu ente querido. Essa prática é essencial para que a família sinta-se confortável e possa formar uma relação de confiança, sanar dúvidas, além de diminuir seu sofrimento.

O princípio de encarar a morte como processo natural, manifestou-se de forma insatisfatória, mesmo tratando-se de uma UTI, onde a morte ocorre frequentemente. E, ainda, a oferta de suporte psicossocial e espiritual aos pacientes e familiares, além de não ser comum, é dificultada, uma vez que a equipe não conta com profissionais dessa área de atenção. Contudo, apesar da forte ligação da percepção dos profissionais dos cuidados paliativos com a morte, as respostas dos

participantes apontam que, na maioria das vezes, eles se sentem confortáveis para cuidar do paciente em condição paliativa e realizam os cuidados de enfermagem sem diferenciação, quando comparado aos outros pacientes, ou seja, os profissionais não deixam de cuidar, apesar da condição paliativa.

Nos resultados evidenciou-se também a valorização da assistência humanizada, focada nos sinais e sintomas apresentados por cada paciente. Assim, percebeu-se que, independentemente do déficit de formação em CPs, a formação em Enfermagem influencia positivamente a prestação de CPs, pois o cuidado para Enfermagem é visto e realizado como arte na profissão. Uma arte que se preocupa com o conforto, com a redução dos desconfortos e com a prestação de cuidados para melhor qualidade de vida possível para todo e qualquer paciente.

Este achado se relaciona ao princípio do CP de promoção do alívio da dor e demais sintomas estressantes e avaliação individualizada através da história do paciente, exame físico e pesquisas envolvendo conhecimento específico para a prescrição de medicamentos.

Quanto aos sinais e sintomas em CPs, alguns são mais frequentes, como: dor, dispneia, tosse, hipersecreção das vias aéreas, náuseas e vômitos, obstipação e diarreia, *delirium*, ansiedade e depressão e fadiga (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Em UTI, os mais frequentes são: dor, *delirium*, alterações de sono, boca seca e medo (KRETZER, 2012).

Por meio das respostas dos participantes, foi possível observar a dificuldade da equipe em identificar os principais sinais e sintomas em CPs. Esta dificuldade pode limitar o atendimento e o controle dos sintomas. Os sinais e sintomas apresentados pelos participantes nas respostas são sinais apresentados por pacientes internados em UTI, não específicos de pacientes em CPs, podendo, assim, analisar-se claramente o limite do conhecimento dos profissionais.

Identificar os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CPs nas UTIs é um desafio para equipe, pois estes, na maioria das vezes, estão intubados e apresentam déficits de comunicação e alteração do nível de consciência. Por este motivo, o uso de escalas validadas é recomendado para avaliação clínica do paciente, porém, é necessária a capacitação da equipe para obter uma avaliação eficaz, identificando os principais sinais e sintomas que incomodam o paciente e os procedimentos de rotina do serviço que interferem em seu conforto (KRETZER, 2012).

Outras características importantes para identificação dos

pacientes em condição paliativa referem-se aos critérios de indicação para CPs em UTI, tais como: admissão proveniente de longa permanência ocasionada por uma ou mais condições crônicas limitantes; duas ou mais admissões na UTI na mesma internação; tempo prolongado em ventilação mecânica, falha na tentativa de desmame ou indicação de retirada de suporte ventilatório frente à possibilidade de óbito; falência de múltiplos órgãos; câncer metastático; encefalopatia anóxia e sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Em relação aos sentimentos e percepções, os resultados mostraram a diversidade e os extremos das emoções. Assim, considera-se essencial que os achados sejam considerados na educação permanente, pois o profissional, além de conhecimento, precisa de suporte emocional.

O saber possibilita uma atitude positiva, não só para fazer pelo outro, mas também para fazer para si próprio. Entretanto, alguns profissionais em algumas situações precisarão de suporte psicológico. Este suporte pode ser ofertado pela própria equipe de trabalho. Quando isto ocorre de forma planejada e organizada, os resultados são mais evidentes, beneficiando os profissionais, equipes, pacientes e familiares, num complexo ciclo de relações e de aprimoramento técnico, científico e de humanização.

Alguns estudiosos apontam algumas estratégias para o aprimoramento técnico-científico e para o suporte psicoemocional, tais como: educação profissional para a aprendizagem, aceitação e gerenciamento das emoções e do enfrentamento existencial; reconstrução e atualização das crenças relacionadas à vida e à morte; desenvolvimento de estudos sobre os CPs com compartilhamento dos resultados entre as diversas equipes de trabalho institucionais; educação para o cuidado de si e para o autocuidado; oferta de formação, fóruns e workshops para melhorar a comunicação dos profissionais e para o compartilhamento de experiências relacionadas aos cuidados paliativos; oferta de aconselhamento profissional para cuidar de pacientes em condição paliativa; uso de protocolos padronizados nas práticas de cuidados para evitar-se intervenção desnecessária, dispendiosa e geradora de conflito (AOUN et al., 2012; BREEN; O'CONOOR, 2013; BREEN et al., 2014; BREEN; O'CONOOR; HEWITT, 2014; SINCLAIR, 2010; LOBB et al., 2010; GRANEK et al., 2012a; GRANEK et al., 2012b; CHAN et al., 2016; SILVA et al., 2009).

No desenvolvimento deste estudo, utilizou-se a aplicação de

questionário, o que permitiu a inclusão de número significativo de profissionais atuantes no cenário do estudo. No entanto, a aplicação de questionário, ao invés de entrevista, pode ter limitado a abrangência dos resultados, pois a aplicação de questionário nem sempre permite o aprofundamento da investigação. Assim, registra-se este fato como limite do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou os conceitos e os princípios dos CPs por parte dos profissionais de enfermagem, atuantes em uma UTI, acerca do conceito, dos princípios e do conhecimento sobre os sinais e sintomas em CPs. Os participantes conceituaram CPs como final de vida, morte e a utilização de medidas de conforto.

Essa carência associa-se ao déficit na formação profissional e às práticas deficitárias da educação permanente, entendendo que esta última associa práticas institucionais, individualizadas e vinculadas à continuidade da formação de cada profissional.

Por outro lado, os resultados apontaram que, apesar do déficit na formação, os CPs estão inseridos parcialmente no cenário do estudo. Os princípios de promoção do alívio da dor e demais sintomas estressantes, com avaliação e prescrição individualizada e a oferta de suporte para auxiliar os familiares durante a doença e o luto foram encontrados frequentemente nas respostas dos participantes. Os demais princípios não foram encontrados.

Os sentimentos e percepções dos participantes frente aos CPs oscilaram entre zelo, respeito e aceitação da condição paliativa como outra situação crítica. Contudo, esta condição também foi atrelada à angústia, uma vez que está vinculada à limitação dos cuidados intensivos frente à possível finitude. Essa associação mostra que a equipe necessita de melhor compreensão do tema e acompanhamento por profissionais capacitados, dando suporte e preparando para melhores práticas de cuidados. Acompanhamento psicológico também se faz necessário neste contexto de cuidado, já que os sentimentos apresentados são diversos e a morte ou desfecho ruim ocorrem com frequência.

Assim, recomenda-se a mudança na formação, com a inclusão dos CPs nos currículos de graduação e de pós-graduação, e, ainda, que a educação permanente deva ser organizada para complementar o conhecimento e a relação entre teoria e prática não alcançadas na

formação acadêmica.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos** - ANCP, 2. ed. São Paulo, 2012.

AOUN, S. M. et al. A public health approach to bereavement support services in palliative care. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 14–16, 2012.

ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina**, 1. ed. Houston - Colômbia, 2013.

BARROS, N. C. B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 2, n. 3, p. 630-640, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857/pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em saúde. Diário oficial da União, Brasília - DF, n. 32, 2004.

BREEN, L. J. et al. Bridging the gap in palliative care bereavement support: An international perspective. **Death Stud.** v. 38, n. 1-5, p. 54-61, 2014.

BREEN, L. J.; O’CONNOR, M. Rural health professionals’ perspectives on providing grief and loss support in cancer care. **European Journal of Cancer Care (Engl)**, v. 22, n. 6, p. 765-772, 2013.

BREEN, L. J.; O’CONNOR, M; HEWITT, L. Y. The “Specter” of Cancer: Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. **Psychological Services**, v. 11, n. 1, p. 60–67, 2014.

CAMPOS, S. H. de; BOOG, M. C. F. Nutritional care from the nursing

teacher's point of view. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 21, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732006000200002lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016.

CHAN, W. C. et al. Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. **Health & Social Work**, v. 41, n. 1, p. 33-41, 2016.

COSTA, T. F. et al. End of life and palliative care in ICU: speech of nursing technicians. **Journal of Nursing UFPE online**. Curitiba, v. 8, n. 5, p. 247-253, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5561>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 450-457, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155558/A10.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.

GRANEK, L. et al. What do oncologists want? Suggestions from oncologists on how their institutions can support them in dealing with patient loss. **Supportive Care in Cancer**. v. 20, n. 10, p. 2627-2632, 2012a.

_____. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. **Archives of Internal Medicine**. v. 172, n. 12, p. 964-966, 2012b.

KRETZER, L. P. Cuidados paliativos: identificação e controle dos sintomas. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 53-70.

LOBB, E. A. et al. Frontline grief: the work place support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**. v. 12, n. 4, p. 225-233, 2010.

MATOS, E. et al. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo

Horizonte, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2010. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415>. Acesso em: 25 maio 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000100170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

NETO, A. D. Ética nas decisões sobre o fim da vida: a importância dos cuidados paliativos. **Revista Nascer e crescer**. Porto, V. XXII, n.º 4, 2013.

SARDENBERG, C. Custos X Benefícios em Cuidados Paliativos: mais benefícios. **Einstein**. São Paulo, v. 9, p. 39-40, 2013.

SILVA, A. E.; GUIMARÃES E. A. A. Cuidados Paliativos de enfermagem: Perspectivas para técnicos e auxiliares. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Divinópolis – MG, v. 2, n. 3, p. 376-393, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/256/352>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SILVA, M. M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19 n. 3, p. 460-466, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0460.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SINCLAIR, S. Impact of death and dying on the personal live and practices of palliative and hospice care professionals. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n. 2, p. 180-187, 2010.

TRENTIN, M.; PAIM, L; SILVA, D. M. V. **Pesquisa convergente-assistencial - PCA: delineamento provocador de mudança nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cancer Definition of Palliative Care.** Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

4.2. MANUSCRITO 2: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar e implementar o uso de instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em cuidados paliativos assistidos em unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa convergente assistencial desenvolvida em um hospital referência em doenças infectocontagiosas do Estado de Santa Catarina (Brasil). A avaliação e o uso do instrumento envolveram a participação de 32 profissionais de enfermagem e ocorreram entre julho e setembro de 2016 com o desenvolvimento de capacitação e aplicação de instrumentos para registro das avaliações. As contribuições dos profissionais foram agrupadas por similaridade e incluídas no instrumento de controle intensivo para implantação. Assim, qualificando os registros dos controles intensivos e contribuindo para melhor avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes críticos em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Unidade de terapia intensiva. Enfermagem. Registros de enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to evaluate and implement the use of an intensive control instrument adapted for patients in palliative care assisted in an intensive care unit. This is a convergent care research developed in a reference hospital in infectious diseases in Santa Catarina State (Brazil).

The evaluation and use of the instrument involved the participation of 32 nursing professionals and occurred between July and September 2016 with the development of capacitation and application of instruments for recording evaluations. The contributions of the professionals were grouped by similarity and included in the instrument of intensive control for implantation. Thus, qualifying the records of the intensive controls and contributing to better evaluation of the signs and symptoms presented by critical patients in palliative care.

Key words: Palliative care. Intensive care unit. Nursing. Nursing records.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo evaluar e implementar el uso del instrumento de control intensivo a medida para los pacientes en cuidados paliativos atendidos en la unidad de cuidados intensivos. Se trata de una investigación convergente asistencial desarrollada en un hospital de referencia para las enfermedades infecciosas en el estado de Santa Catarina (Brasil). La evaluación y el uso del instrumento con la participación de 32 enfermeras y ocurrió entre julio y septiembre de 2016 con el desarrollo de capacitación y herramientas de aplicación para registrar las evaluaciones. Las contribuciones de los profesionales se agruparon por similitud y incluidas en el instrumento de control intensivo para implantação. Por lo tanto la calificación registros de controles intensivos y contribuir a una mejor evaluación de los signos y síntomas que presentan los pacientes críticos en los cuidados paliativos.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Unidad de terapia intensiva. Enfermería. Registros de enfermería.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CPs) devem estar presentes em todas as faixas de complexidade dos atendimentos de saúde. Eles são indicados, principalmente, para pessoas que sofrem com doenças crônicas, degenerativas, lesões neurológicas graves e várias outras irreversíveis, incluindo pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Devem incluir medidas de intervenção que garantam aconchego ao paciente e que possam ser executadas concomitantemente às atividades

de caráter curativo (FONSECA; MENDES Jr; FONSECA, 2012).

As UTIs se destinam a diagnosticar, tratar e manter doentes em iminente risco de morte inesperada. Alguns doentes podem não responder favoravelmente aos tratamentos e suas condições tornam-se fora de possibilidade de cura. A qualidade no cuidado de resgate de vida nas UTIs nem sempre é acompanhada pela qualidade no cuidado do paciente. O cuidado paliativo também é possível nas UTIs e preocupa-se em manter a melhor qualidade de assistência e de vida possível, aliviando os sintomas de sofrimento, mantendo o conforto do paciente e de seus familiares (COSTA FILHO et al., 2013).

Os CPs podem e devem ser oferecidos concomitantemente com cuidados curativos/restaurativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento de pacientes e seus familiares. Os princípios fundamentais dos CPs na UTI são: aceitar a morte como um processo natural do final de vida; priorizar sempre o melhor interesse do paciente; repudiar futilidades diagnósticas e terapêuticas; não encurtar a vida, nem prolongar o processo de morte; garantir a qualidade de vida e do morrer; aliviar a dor e outros sintomas associados; cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares; respeitar a autonomia do doente e de seus representantes legais; avaliar o custo/benefício a cada atitude médica assumida; estimular a interdisciplinaridade como prática de assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A identificação da presença de alguns sintomas em pacientes críticos internados em UTI, como dor, *delirium*, alterações de sono, boca seca, medo, é um desafio imposto pela redução das capacidades comunicativas dos pacientes, decorrentes da diminuição do nível de consciência e da dificuldade respiratória, intensificada pelo uso de tubos endotraqueais ou traqueostomias. A avaliação da presença destes sintomas e o bom controle dos mesmos são medidas fundamentais para o sucesso de uma estratégia de humanização e melhora da qualidade do atendimento aos pacientes e seus familiares (KRETZER, 2012).


Os sinais e sintomas mais prevalentes em CPs são: dor, dispneia, tosse, hipersecreção das vias aéreas, náuseas e vômitos, obstipação e diarreia, *delirium*, ansiedade, depressão e fadiga (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Em uma UTI de um hospital referência em doenças infectocontagiosas do Estado de Santa Catarina, que atende cerca de 20 pacientes em cuidado paliativo a cada mês, era utilizado instrumento de controle intensivo diariamente pela equipe de enfermagem para controle



intensivo. Neste instrumento eram anotadas informações sobre o paciente em atendimento intensivo, tais como: sinais vitais, valores neurológicos avaliados pela Escala de *Glasgow* e Escala de Sedação (RASS), parâmetros de ventilação mecânica, entre outros, porém, não incluía o controle e registro de parâmetros relacionados aos pacientes em CPs.

Assim, este instrumento foi adaptado de forma a incluir o controle e o registro dos principais sinais e sintomas dos CPs, dor e *delirium* (Figuras 1 e 2). A adaptação envolveu a inclusão de escalas reconhecidas internacionalmente para avaliação destas características, tais como a Escala de Avaliação de Sintomas (*Edmonton*), Escala Comportamental de Dor – *Behavioral Performance Scale* e a Escala de *Delirium* (CAM-ICU).

Figura 1 – Instrumento de Controle intensivo para pacientes em Cuidados Paliativos (frente).



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS

INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS									
Nome: _____		Leito: _____		Registro: _____		Data: ____/____/____			
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Idade: _____		Data internação: ____/____/____					
Diagnóstico Médico: _____		PPS Prévio Internação: _____		Escala Comportamental de Dor <small>Fonte: Manual de CP/ANCP, 2012</small>					
1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25	
26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35	
36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45	
46		47		48		49		50	
51		52		53		54		55	
56		57		58		59		60	
61		62		63		64		65	
66		67		68		69		70	
71		72		73		74		75	
76		77		78		79		80	
81		82		83		84		85	
86		87		88		89		90	
91		92		93		94		95	
96		97		98		99		100	
101		102		103		104		105	
106		107		108		109		110	
111		112		113		114		115	
116		117		118		119		120	
121		122		123		124		125	
126		127		128		129		130	
131		132		133		134		135	
136		137		138		139		140	
141		142		143		144		145	
146		147		148		149		150	
151		152		153		154		155	
156		157		158		159		160	
161		162		163		164		165	
166		167		168		169		170	
171		172		173		174		175	
176		177		178		179		180	
181		182		183		184		185	
186		187		188		189		190	
191		192		193		194		195	
196		197		198		199		200	
201		202		203		204		205	
206		207		208		209		210	
211		212		213		214		215	
216		217		218		219		220	
221		222		223		224		225	
226		227		228		229		230	
231		232		233		234		235	
236		237		238		239		240	
241		242		243		244		245	
246		247		248		249		250	
251		252		253		254		255	
256		257		258		259		260	
261		262		263		264		265	
266		267		268		269		270	
271		272		273		274		275	
276		277		278		279		280	
281		282		283		284		285	
286		287		288		289		290	
291		292		293		294		295	
296		297		298		299		300	
301		302		303		304		305	
306		307		308		309		310	
311		312		313		314		315	
316		317		318		319		320	
321		322		323		324		325	
326		327		328		329		330	
331		332		333		334		335	
336		337		338		339		340	
341		342		343		344		345	
346		347		348		349		350	
351		352		353		354		355	
356		357		358		359		360	
361		362		363		364		365	
366		367		368		369		370	
371		372		373		374		375	
376		377		378		379		380	
381		382		383		384		385	
386		387		388		389		390	
391		392		393		394		395	
396		397		398		399		400	
401		402		403		404		405	
406		407		408		409		410	
411		412		413		414		415	
416		417		418		419		420	
421		422		423		424		425	
426		427		428		429		430	
431		432		433		434		435	
436		437		438					

Figura 2 – Instrumento de Controle intensivo para pacientes em Cuidados Paliativos (verso).

[illegible]

Fonte: Dados da pesquisa.

Desta maneira, este estudo busca responder ao seguinte questionamento: o instrumento de controle intensivo adaptado, incluindo o controle dos sinais e sintomas em CPs, controle da dor e *delirium*, atende as necessidades dos pacientes na percepção da equipe de enfermagem?

Pacientes em UTI, em geral, encontram-se intubados, possuem déficits de comunicação e alteração do nível de consciência, sendo assim, o uso de escalas validadas facilita a avaliação clínica do paciente, inclusive na condição paliativa. No entanto, o uso das escalas avaliativas exige capacitação profissional (KRETZER, 2012). A capacitação e o uso de instrumentos adequados permitem os registros de enfermagem e qualificam a prática de cuidados.

Ainda contextualizando o cenário do estudo, investigou-se o conhecimento dos profissionais da enfermagem sobre CPs (por meio de questionário aplicado) e os resultados apontaram para a falta de conhecimento dos profissionais sobre CPs: conceitos, princípios e sinais e sintomas. Esta carência de conhecimento foi vinculada aos déficits na formação e nas práticas de educação permanente.

Portanto, foram estabelecidos como objetivos para este estudo: avaliar e implementar o uso do instrumento de controle intensivo

adaptado para pacientes em cuidados paliativos assistidos em UTI.

MÉTODO

Esta pesquisa seguiu o referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial (PCA), pois esta requer participação ativa dos participantes da pesquisa e é orientada para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar às construções teóricas. A PCA está estruturada em fases que compõem seu planejamento e desenvolvimento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim, ao longo do método, resultado e discussão deste estudo apresentam-se as fases da PCA.

Fase de Concepção

Nesta fase ocorre a escolha do tema de pesquisa, a questão de pesquisa, o objetivo do estudo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), aspectos estes já apresentados na introdução deste manuscrito.

Fase de Instrumentação

Nesta fase, define-se o local do estudo, os participantes da pesquisa, o método de coleta dos dados e o respeito aos aspectos éticos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O cenário do estudo foi a UTI de um hospital do Estado de Santa Catarina, referência estadual em infectologia e pneumologia. A equipe de enfermagem neste cenário é composta por: sete enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem, totalizando 32 profissionais.

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais da área de enfermagem que atuam no cenário do estudo, independente do tempo de atuação na UTI, e três enfermeiras gestoras do cenário institucional.

Participaram da avaliação do instrumento 32 profissionais atuantes na UTI: quatro auxiliares de enfermagem, sete enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem. Foram também incluídas três enfermeiras gestoras: Gerente de Enfermagem, Chefia de Enfermagem da UTI e Enfermeira da Educação Continuada.

Foram excluídos profissionais que estavam afastados da atividade

laboral por motivos diversos, como licenças, atestados, etc., durante o período de coleta de dados e a enfermeira pesquisadora principal deste estudo, profissional atuante no cenário do estudo. As inclusões totalizaram 35 profissionais.

Para facilitar a avaliação e o uso do instrumento de controle intensivo, primeiramente foi realizada a capacitação. A investigação prévia sobre o conhecimento dos profissionais referente aos CPs contribuiu para a elaboração da programação científica da capacitação, pois problematizou a prática e a própria formação dos profissionais e, ainda, permitiu atendimento das dificuldades elencadas pelos profissionais atuantes no cenário do estudo.

Para capacitação foram realizados encontros em sala própria para este fim, cedida pela instituição que é cenário deste estudo. Quatro encontros foram realizados em dias e horários diferentes. Estas estratégias foram adotadas para permitir que maior número de profissionais participasse da capacitação. O cronograma da capacitação foi fixado no mural da UTI e no mural do cartão ponto do hospital, bem como foi divulgado pela equipe de educação continuada da instituição.

A programação científica incluiu os seguintes conteúdos: aspectos históricos, princípios, conceitos e sinais e sintomas dos pacientes em CPs; cuidados de enfermagem ao paciente em palição; trabalho multiprofissional em CPs; comunicação entre equipe, pacientes e familiares nos CPs; critérios para indicação do CPs em UTI; ética e bioética em sinais e sintomas em pacientes em CPs; fases do CPs; protocolos de CPs utilizado em UTI; escalas utilizadas em CPs; direitos do paciente e família em CPs; significado dos CPs para profissionais atuantes em UTI.

Foram convidados para ministrar os conteúdos da programação científica da capacitação profissionais da área da saúde que compõem a equipe multiprofissional e que trabalham com CPs no cenário do estudo e em outras instituições de saúde e ensino da região. Durante os encontros, foram abordadas as dificuldades apontadas pelos participantes que surgiram durante a exposição e diálogo das temáticas.

Ao final da capacitação foi apresentado o instrumento de controle intensivo adaptado, objeto deste estudo (Figuras 1 e 2), sendo orientado seu uso na prática clínica e a aplicação e registro dos dados na Escala Comportamental de Dor, Escala de Avaliação de Sintomas (*Edmonton*), Escala de Funcionalidade - PPS (*Palliative Performance Scale*).

Neste momento, realizou-se a avaliação do instrumento. A estratégia utilizada foi a discussão sobre os constituintes do instrumento

de controle intensivo. Para registro da avaliação, foi disponibilizada uma cópia impressa do instrumento para cada um dos profissionais participantes da capacitação, contendo espaço para inclusões das sugestões.

Todas as sugestões dos participantes para melhor composição do instrumento foram registradas em diário de campo. As sugestões em consenso foram inseridas posteriormente no instrumento, quando então o instrumento foi apresentado à Enfermeira da Educação Continuada, à Chefia de Enfermagem da UTI e à Gerente de Enfermagem do cenário institucional. Para registro da avaliação, foi disponibilizado o mesmo instrumento utilizado na capacitação com os outros profissionais.

Ao término da avaliação e inclusão dos ajustes necessários, o instrumento foi apresentado para cada turno da equipe de enfermagem, nas passagens de plantão. Após 15 dias de uso, uma nova avaliação foi realizada. A avaliação ocorreu pelo relato dos participantes nas passagens de plantão. Os relatos foram registrados em diário de campo.

Como cuidados éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), CAAE 55795116.0.0000.0121, e todas as fases foram fundamentadas na resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Após aprovação pelo comitê de ética, foi apresentado o projeto à equipe de enfermagem da UTI, gerência de enfermagem e ao serviço de educação continuada do cenário do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por todos participantes.

Fase de Perscrutação

Na fase de perscrutação, ocorre a definição do percurso de coleta de dados, que exige rigores e a criação de estratégias próprias para obter informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para o alcance da capacitação foi planejada a carga horária de 16 horas e a emissão de certificado gerado pela educação continuada da instituição em conjunto com a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, como estratégia para estimular a participação.

Durante a capacitação, oportunizou-se aos participantes momentos de discussão e troca de experiências enfrentadas no trabalho. Os encontros da capacitação foram realizados entre os meses de julho e agosto de 2016, conforme horários pré-estabelecidos com os participantes. A estratégia metodológica predominante para abordagem dos conteúdos foi a dialogada e expositiva. Os relatos e discussões dos

participantes durante a capacitação foram registrados em diário de campo.

Para avaliação do instrumento de controle intensivo seguiu-se os passos já descritos na fase da instrumentação.

RESULTADOS

Na PCA os resultados compreendem a “fase de análise”. Esta fase abrange processos de assistência e de pesquisa, que consistem em investigação para uso de métodos combinados na coleta e análise das informações. A análise das informações é dividida em quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A apreensão e síntese configuram os resultados do estudo. A teorização e transferência serão apresentadas na discussão deste manuscrito.

Processo de Apreensão

A apreensão inicia-se com o preparo da coleta de dados e segue com o processamento dos dados coletados, quando então se organizam os dados para a síntese e teorização dos achados. Quanto ao processo de síntese, trata-se da parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Participaram da capacitação 11 profissionais de enfermagem atuantes na UTI (cenário do estudo).

Os relatos dos participantes durante a capacitação deixaram incentivos para a continuação das atividades e para o aprimoramento técnico e científico em CPs no cenário do estudo. Os participantes elogiaram a forma como o trabalho foi conduzido, bem como dirigiram mesmo elogio aos profissionais que contribuíram com as respectivas capacitações, solicitando ainda novas oportunidades de formação e discussões acerca do tema.

Entretanto, observou-se a carência de formação dos participantes envolvendo déficits no entendimento sobre CPs, inclusive sobre o conceito geral do tema e seus princípios básicos, bem como sobre a forma de decisão dos cuidados que devem ser instituídos pela equipe multiprofissional na UTI, cenário deste estudo, aos pacientes em condição paliativa. Além disto, foi fortemente evidenciada a associação que os participantes faziam dos CPs com a morte. Assim, reafirmando o

desconhecimento dos profissionais, como já apontado na introdução deste manuscrito, considera-se que a capacitação oferecida trouxe diversos benefícios, sendo o principal o entendimento da equipe sobre os conceitos e princípios dos CPs.

Os participantes tiveram oportunidade de sanar suas dúvidas, ter melhor clareza sobre as decisões tomadas diariamente pela equipe multiprofissional e a importância da participação de toda a equipe em todas as fases dos CPs.

Pós-capacitação, os profissionais mostraram na prática diária dos cuidados aos pacientes em condição paliativa internados em UTI a inserção dos cuidados dialogados na capacitação e/ou melhor diálogo para estabelecimento do plano de cuidados, qualificando a assistência prestada aos CPs e mostrando melhor manejo e controle de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CPs.

Quanto à avaliação do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CPs, que ocorreu durante a capacitação e com as enfermeiras gestoras, as recomendações para mudanças nos conteúdos e no formato do instrumento foram agrupados por similaridade. As recomendações envolveram a inclusão: de espaço para registros dos resultados do HGT (hemoglicoteste), administração de sangue (hemoderivados), medicações em BI (bomba de infusão), altura do paciente, valor do PPS (*Palliative Performance Scale*) na pré-internação na UTI e Escala de Dor. Foi recomendada, ainda, a exclusão do espaço para registro dos técnicos e auxiliares de enfermagem e pedido de intervenção junto à gerência de enfermagem para que os registros destes profissionais passassem a ocorrer no prontuário eletrônico institucional - Sistema *Micromed* adotado no cenário do estudo. A solicitação à Gerente foi aceita e a forma de registro implementada.

Considerando que a maioria dos profissionais do cenário do estudo não participou da capacitação, antes de iniciar o uso do instrumento, seus constituintes foram apresentados à equipe de enfermagem da UTI e foi orientado o uso, bem como o preenchimento dos dados e aplicação das escalas de avaliação. No total, 32 profissionais de enfermagem fizeram uso do instrumento durante 15 dias. A orientação para o uso do instrumento foi realizada nas passagens de plantão.

Após 15 dias de uso do instrumento de controle intensivo, uma nova avaliação foi realizada. A mesma foi efetivada na forma verbal nas passagens de plantão, o que oportunizou a participação de todos os profissionais. As avaliações e sugestões relatadas foram agrupadas por

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4 – Instrumento de Controle intensivo para pacientes em Cuidados Paliativos (verso).

[illegible]

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A discussão na PCA configura a teorização. No processo de teorização o pesquisador desenvolve a revisão teórica que foi levantada durante o processo de síntese. A teorização na PCA pode encerrar-se com as mudanças e/ou inovações em andamento. A teorização é seguida pelo processo de transferência, que consiste na contextualização dos resultados com situações similares à prática em questão e de transferência e socialização desses resultados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), o que permite a divulgação do conhecimento, uso e análise por outros interessados na temática em questão.

A capacitação ofertada foi uma estratégia para minimizar a carência de formação dos profissionais para atuarem no cuidado de pacientes em condição paliativa internados em UTI. Ela permitiu a discussão da temática e, principalmente, oportunizou a visualização dos benefícios dos CPs pelos participantes, sua relação na oferta de cuidados voltados à qualidade de vida, ao controle da doença, mas não vinculados à cura, e aos procedimentos e terapêuticas fúteis, pois no contexto dos CPs este aspecto significa maleficência.

Mostrou, ainda, aos participantes, que CPs não envolvem,

necessariamente, a morte em poucos dias, mas que seu enfoque visa o controle dos sintomas e melhor qualidade de vida a esses pacientes. Acredita-se que a forte ligação com a morte pode ser minimizada, no entanto, este assunto é delicado de ser tratado e discutido com a equipe, indicando a necessidade de continuidade da capacitação e do aprimoramento técnico e científico dos profissionais.

O vínculo dos CPs com a morte não ocorre apenas neste cenário de investigação, pois a formação ocidental foca a cura e não prepara os profissionais da área da saúde para o processo de morrer. Quando os profissionais enfrentam o limite do curar, sentem-se impotentes e veem a morte e o próprio desconhecimento do que fazer, mas sempre há o que ser feito e, se a condição de saúde exigiu internação em UTI, é preciso considerar a necessidade dos cuidados pertinentes ou revisão dos critérios de internação neste cenário de saúde e as fases dos CPs.

Em 2010, no Fórum do Cone Sul, foram definidas as recomendações para fases da assistência intensiva aos pacientes em CPs, são elas: a) primeira fase – quando é percebida pela equipe maior possibilidade de recuperação, onde o tratamento busca a cura ou o reestabelecimento; b) segunda fase – quando é percebida pela equipe pouca resposta do paciente aos tratamentos oferecidos, geralmente a morte é prevista para dias, semanas ou meses; c) terceira fase – quando é percebida pela equipe irreversibilidade da doença, geralmente a morte é prevista para horas ou dias (MORITZ et al., 2011).

Somente por meio da educação do profissional é possível formar não apenas profissionais especialistas em CPs, mas profissionais que, diante de um paciente com doença avançada e terminal, tenham competência para prestar um cuidado que ofereça conforto e tranquilidade ao doente e a sua família, colaborando para a melhoria do atendimento em todas as fases dos CPs no Brasil (FONSECA; MENDES Jr.; FONSECA, 2012).

A educação permanente em saúde, possibilitada por este estudo, partiu da problematização da prática e, além da capacitação, configurou uma segunda estratégia de preparo dos profissionais para o aprimoramento em CPs, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde. No entanto, novas problematizações e capacitações precisam ser continuadas. Desta forma, será possível transformar a prática e solidificar a atenção prestada.

Neste contexto, deve-se incentivar a avaliação em relação à qualidade dos serviços de saúde, inclusive da enfermagem como um estímulo para os profissionais repensarem sua prática, estimulando

melhorar a prestação da assistência aos pacientes, além de poderem compreender e mensurar a dinâmica dos cuidados (RODRIGUES, 2014).

Outro aspecto relevante é a necessidade da mudança curricular nos cursos de formação da área da saúde. Atualmente há carência de disciplinas que envolvam os CPs, a abordagem da morte e do processo de morrer na formação profissional. Assim, é urgente a reformulação dos currículos, de forma que disponibilize ao egresso suporte teórico, prático e emocional para tratar de pacientes que estão fora de possibilidades de cura (HERMES; LAMARCA, 2013).

Quanto à construção e avaliação do instrumento de controle intensivo para pacientes em CPs internados em UTI, objeto deste estudo, a participação da equipe de enfermagem foi essencial para qualificação do produto de enfermagem. O processo de construção e avaliação mostrou a importância da problematização da prática e os benefícios da participação coletiva com foco em um objetivo comum, ou seja, a melhoria da avaliação dos pacientes em CPs e dos registros de enfermagem.

A participação da equipe de enfermagem foi essencial, pois é ela quem utiliza e registra nas 24 horas os controles intensivos dos pacientes e são esses dados que dão subsídios para o plano de cuidados dos diversos profissionais que assistem na UTI, ficando, assim, mais fácil a compreensão e adaptação das necessidades, bem como, o controle dos sintomas apresentados.

O instrumento aqui avaliado e aprimorado com as sugestões da equipe de enfermagem permitiu melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado em UTI, qualificando a avaliação dos sinais e sintomas em CPs, pois o uso das escalas incluídas no instrumento incrementa a avaliação clínica, padroniza a avaliação e faz relação com a condição geral do paciente e com o plano de cuidados que deve ser estabelecido.

Ressalta-se que, através da aplicação diária do instrumento de controle intensivo aqui discutido, os profissionais de enfermagem podem melhor avaliar e intervir, fazendo a leitura dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CPs, principalmente nos que apresentam dificuldades ou ausência de comunicação. Vale dizer que, muitas vezes, os pacientes apresentam mais que um sintoma concomitantemente, sendo eles de ordem física ou psicológica.

Por meio dos registros de enfermagem é possível avaliar a qualidade e a produtividade do trabalho, construindo, assim, melhores práticas assistenciais e melhorando os resultados operacionais

(MARQUES et al., 2015).

O uso de escalas para avaliação dos pacientes em CPs permite o desenvolvimento de um cuidado diferenciado e individualizado, pois, quantifica e documenta as necessidades de intervenções, bem como, dá subsídios para avaliações dos resultados de enfermagem e novas necessidades de intervenções. Elas aprimoram a assistência de enfermagem, detectam e monitoram os sinais e sintomas, auxiliando no cuidado individualizado e no melhor manejo dos pacientes (MONTEIRO et al., 2010).

As inovações das tecnologias para os cuidados de enfermagem vêm aumentando a cada dia, o que contribui para o melhor atendimento oferecido ao paciente e facilita o trabalho dos profissionais. O instrumento aqui avaliado configura uma tecnologia em enfermagem que valoriza os cuidados prestados e dá dados para demonstração da competência e dos resultados do trabalho alcançados e ofertados aos pacientes em CPs.

A criação dos instrumentos de enfermagem e sua aplicação possibilita a identificação das principais dimensões envolvidas no cuidar, contribuindo para a tomada de decisão da gestão do cuidado de enfermagem (CUCOLO; PERROCA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo implementar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CPs em uma UTI do Estado de Santa Catarina referência em doenças infectocontagiosas e pulmonares. A capacitação, realizada antes da avaliação e implementação do instrumento de controle intensivo, permitiu que os profissionais passassem a ter uma visão mais clara e científica sobre o tema, contribuindo, assim, para o entendimento dos tratamentos oferecidos, sem adição de tratamentos fúteis.

Destaca-se a importância da educação permanente envolvendo a temática CPs, convidando os profissionais a repensar a prática diária, visando à inclusão dos CPs. Considerando-se o número de casos de pacientes em condição paliativa atendidos no cenário do estudo, recomenda-se que estas capacitações devam ser oferecidas para todos os profissionais da instituição de forma continuada, bem como modelo semelhante poderia ser adotado para capacitação dos profissionais atuantes em UTI lotados nas unidades da Secretária da Saúde do Estado de Santa Catarina.

A avaliação do instrumento de controle intensivo possibilitou sua qualificação como um “produto de enfermagem”, pois as sugestões incrementaram seus conteúdos e atenderam a necessidade da prática clínica.

As adaptações incluídas no instrumento contribuíram para melhor avaliação e controle dos principais sinais e sintomas dos pacientes em CPs internados em UTI, incluindo dor e *delirium*, dando visibilidade à condição clínica e aos cuidados de enfermagem realizados.

Recomenda-se a informatização do instrumento junto ao prontuário eletrônico do paciente, para facilitar o acesso aos dados por todos os integrantes da equipe multiprofissional.

A produção de “produtos de enfermagem” organiza o trabalho, qualifica os registros, a avaliação e o planejamento dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**. 2. ed. São Paulo, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: CNS, 2012.

COSTA FILHO, R. C. et al . Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-40, nov. 2013.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Campinas, v. 23, n. 4, p. 642-650, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

FONSECA, A. C.; MENDES Jr. W. V.; FONSECA, M. J. M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2012.

FORTE, D. N. Predições Probabilísticas em Cuidados Paliativos. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 41-52.

FORTUNATO, J. G. S.; FURTADO, M. S.; HIRABAE, L. F. A.; OLIVEIRA, J. A. escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426>. Acesso em: 14 nov. 2016.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência e saúde coletiva**. Manguinhos, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

KRETZER, L. P. Cuidados paliativos: identificação e controle dos sintomas. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 53-70.

MARQUES, N. et al. Análise dos registros referentes ao balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFPE**. Recife, v. 9, n. 1, p. 448-456, jan. 2015.

MONTEIRO, D. da R. et al. Avaliação do Instrumento Edmonton Symptom Assessment System em Cuidados Paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 785-793, 2010.

MORITZ, R. D. et al. II Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, 2011.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SAKATA, R. K. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n.2, p. 6-12, 2010.

TRENTINI M.; PAIM, L; SILVA, D. M. V. **Pesquisa convergente-assistencial - PCA**: delineamento provocador de mudança nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moria Editora, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. **Cancer pain relief and palliative care**. 2016. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1990. 75 p. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CPs visam o melhor atendimento e manejo dos sinais e sintomas apresentados por pacientes portadores de doenças incuráveis e progressivas e seus familiares, sejam eles sintomas emocionais, físicos, sociais e/ou espirituais, buscando o melhor bem estar e qualidade de vida possível.

Este assunto ainda traz muitas preocupações, desde a atenção primária até alta complexidade. Percebo que há necessidade de verificar os programas de saúde preventivos e terapêuticos, permitindo lidar com o problema que atinge parte da população e no qual todos nós estamos inseridos, a fim de reduzir impactos negativos esperados para o sistema de saúde brasileiro.

Com o aumento crescente do envelhecimento demográfico, a frequência das doenças crônico-degenerativas tem aumentado ao longo dos anos. Por isso, entende-se que é imprescindível que os profissionais que atuam em UTI tenham habilidades, competências e conhecimentos científicos para abordagem e cuidado holístico, individualizado e humanizado aos pacientes que não respondem aos tratamentos oferecidos e acabam tornando-se fora de possibilidades terapêuticas, bem como apoiando a família deste paciente.

Os sinais e sintomas devem ser avaliados diariamente pela equipe multidisciplinar, a fim de oferecer qualidade e integralidade do cuidado, diminuindo os desconfortos e aumentando o conforto. Para estas avaliações existem algumas escalas já padronizadas para verificar e quantificar os sinais e sintomas em CPs. As informações levantadas através destas escalas também auxiliam no processo de tomada de decisão da equipe multiprofissional.

Por este motivo, este estudo identificou o conhecimento da equipe de enfermagem atuante em UTI sobre CPs e, através deste levantamento, ofereceu capacitação e aperfeiçoamento técnico e científico à equipe, permitindo a partir disso a adaptação, avaliação e implementação de um instrumento para registro dos controles intensivos para pacientes em CPs internados em UTI.

Assim, por meio deste estudo, identificou-se a carência que os profissionais tinham acerca do conhecimento de CPs, uma vez que afirmaram que estes são aplicados somente no final da vida, ou seja, diante da certeza da morte iminente. Por outro lado, os profissionais também afirmaram a preocupação com a vida dos pacientes, com alívio da dor, com a adoção de medidas de conforto e acolhimento dos

familiares.

A capacitação (pautada nas demandas de conhecimentos e desconhecimentos investigadas por aplicação de questionário investigativo) oferecida por este estudo possibilitou aos profissionais de enfermagem melhor entendimento científico sobre a filosofia, princípios dos CPs e dos CPs em UTI, contribuindo assim para o entendimento da equipe a respeito dos tratamentos oferecidos, sem adição de tratamentos considerados fúteis. Diante do vivenciado, considera-se importante a oferta de capacitações aos profissionais acerca do tema de forma continuada.

Muitos profissionais acreditam erroneamente que os CPs têm como objetivo ou consequência abreviar a vida dos pacientes, sendo ainda evidente a dificuldade dos profissionais em lidar com as etapas da finitude humana e de entender o papel dos profissionais de saúde nesse momento.

Destaca-se, portanto, a importância da inclusão dos CPs durante a formação profissional para que os profissionais entendam a filosofia e os princípios desta forma de cuidar, dando condições favoráveis para lidarem melhor com seus sentimentos e suas angústias, gerados a partir do cuidado com pacientes que, por muitas vezes, encontram-se em fase terminal. Além disso, essa formação profissional dá condições técnicas para a prestação da melhor atenção em saúde, além de garantir ao paciente e seus familiares que o processo de morte ocorra com dignidade, sem gerar sofrimentos.

Apesar de muitos pacientes apresentarem doenças incuráveis, não significa que não há mais nada a ser feito, ao contrário, existem inúmeras medidas e tratamentos que podem ser oferecidos a esses pacientes, que visam à qualidade de vida, incluindo a retirada de tratamentos fúteis.

Acredito que ter uma política específica ao atendimento de CPs em UTI nos hospitais melhorará o atendimento, a organização do serviço e, ainda, o esclarecimento de dúvidas recorrentes ao nosso dia a dia.

O instrumento de controle intensivo adaptado e avaliado em conjunto com a equipe de enfermagem contribuiu para melhor avaliação e controle dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes internados em CPs na UTI, atendendo, assim, a necessidade da prática diária na unidade, além de organizar o trabalho e qualificar a avaliação e planejamento dos cuidados de enfermagem. Entende-se que sua aplicabilidade a todos os pacientes internados em UTI em todas as fases

de CPs incrementou e inovou a prática do cenário do estudo, podendo ser utilizado por outras UTIs. Portanto, sua divulgação torna-se essencial.

Recomendam-se novos estudos acerca do tema com os profissionais de enfermagem, com o intuito de estimular as habilidades em equipe com boa comunicação, gerando novos esclarecimentos, garantindo um cuidado mais humanizado e focado nos pacientes submetidos aos CPs e seus familiares.

Também recomenda-se a informatização do instrumento o mais breve possível, o que facilitará o registro das informações e o acesso aos dados por todos os profissionais. Considerando que há na unidade prontuário eletrônico, entende-se esta possibilidade como fato viável e de fácil resolutividade.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**, 2. ed. São Paulo, 2012.

AOUN, S. M. et al. A public health approach to bereavement support services in palliative care. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 36, n. 1, p. 14–16, 2012.

ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas de Cuidados Paliativos da América Latina**, 1. ed. Houston - Colômbia, 2013.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque: princípios éticos para pesquisa clínica envolvendo seres humanos**. Adotado na 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Junho, 1964. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/comite_etica>. Acesso em: 15 set. 2014.

BARROS, N. C. B. et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630-640, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5857/pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

BARUZZI, A. C. do A.; IKEOKA, D. T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 6, n. 59, p. 528-530, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a16.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

_____. Terminalidade e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 59, n. 6, p. 528-530, 2013.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 500-501, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2015.

BORGES, M. M.; SANTOS JR., R. A comunicação na Transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 38, p. 275-282, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a15v38n2.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.535, de 02 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>>. Acesso em: 31 out. 2013

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em saúde. Diário oficial da União, Brasília, n. 32, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 35p. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0002_M1.pdf>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: CNS, 2012.

BRAZ, E.; FERNANDES, L. M. Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 138-151, 2001.

BREEN, L. J.; O'CONNOR, M. Rural health professionals' perspectives on providing grief and loss support in cancer care.

European Journal Cancer Care (Engl). v. 22, n. 6, p. 765-772, 2013.

BREEN, L. J. et al. Bridging the gap in palliative care bereavement support: An international perspective. **Death Stud.** v. 38, n. 1-5, p. 54-61, 2014.

BREEN, L. J.; O'CONNOR, M.; HEWITT, L. Y. The "Specter" of Cancer: Exploring Secondary Trauma for Health Professionals Providing Cancer Support and Counseling. **Psychological Services.** v. 11, n. 1, p. 60-67, 2014.

CALLANAN, M.; KELLEY, P. **Gestos finais:** como compreender as mensagens, necessidades e condições das pessoas que estão morrendo. São Paulo: Nobel, 1994.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 256-257, 1992.

CAMPOS, S. H. de; BOOG, M. C. F. Nutritional care from the nursing teacher's point of view. **Revista de Nutrição.** Campinas, v. 19, n. 2, p. 21, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732006000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. Educação Permanente. In: MOREIRA, M. C. **Estágio de Vivência no SUS:** o cotidiano do SUS enquanto Principio Educativo. Salvador, 2009, p. 70-75.

CHAN, W. C. et al. Impact of Death Work on Self: Existential and Emotional Challenges and Coping of Palliative Care Professionals. **Health & Social Work,** v. 41, n. 1, p. 33-41, 2016.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista Dor.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 53, set. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA/COREN-SC. **Anotação da responsabilidade técnica do enfermeiro.** Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina – gestão 2006-2008, 2. ed., 2008.

Cortes, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In: Marcos G. S., ed. **Cuidados paliativos e intervenção psicossocial em enfermos com câncer**. Las palmas: ICEPS; 1988.

COSTA, A. P.; POLES, K.; SILVA, A. E. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Comunicação Saúde e Educação: Interface**. Divinópolis, v. 1807, n. 101590, p. 01-08, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150774.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 59, p. 1041-1052, dez. 2016. Fap UNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

COSTA FILHO, R. C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-40, nov. 2013.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Campinas, v. 23, n. 4, p. 642-650, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

FIGUEIREDO, M. T. A. Educação em Cuidados Paliativos – uma experiência brasileira. In: FIGUEIREDO, M. T. A. **Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia**. São Paulo: Unifesp, 2008.

FILHO, R. C. C. F. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2008.

FIRMINO, F. Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In: ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 37, n. 1, p.120-125, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

FONSECA, A. C.; MENDES Jr. W. V.; FONSECA, M. J. M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2012.

FORTE, D. N. Predições Probabilísticas em Cuidados Paliativos. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 41-52.

FORTUNATO, J. G. S.; FURTADO, M. S.; HIRABAE, L. F. A.; OLIVEIRA, J. A.; **escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2013.

FREITAS, N. O.; PREREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 450-457, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155558/A10.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.

GRANEK, L. et al. What do oncologists want? Suggestions from oncologists on how their institutions can support them in dealing with patient loss. **Supportive Care in Cancer**. v. 20, n. 10, p. 2627–2632, 2012a.

_____. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. **Archives of Internal Medicine**. v. 172, n. 12, p. 964–966, 2012b.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Manguinhos, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 15

out. 2016.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003.

_____. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**. v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

KRETZER, L. P. Cuidados paliativos: identificação e controle dos sintomas. In: MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 53-70.

LOBB, E. A. et al. Frontline grief: the work place support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**. v. 12, n. 4, p. 225–233, 2010.

MACHADO, K. D. G.; POSSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioethicos**. São Camilo, v. 1, n. 1, p. 34-42, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlink&ref=000175&pid=S01005502201300020001000013&lng=pt>.

Acesso em: 10 jan. 2017.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 15-31.

MACIEL, M. G. S. et al. **Crítérios de qualidade para os CP no Brasil**. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n.1, p. 67-77, 2005.

MARQUES, N. et al. Análise dos registros referentes ao balanço hídrico em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFPE**. Recife, v. 9, n. 1, p. 448-456, jan. 2015.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagnóstico e Tratamento**. v. 15, n. 2, p. 58-60, 2010.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 59-67, 2010. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1415>. Acesso em: 25 maio 2015.

MATSUMOTO, D. Y.; MANNA, M. C. B. Modelos de assistência em cuidados paliativos: Hospedaria. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 102-107.

MCCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009, p. 782-789.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, FIOCRUZ, 2004.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000100170&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

MINOSSO, J. S. M.; SOUZA, L. J. de; OLIVEIRA, M. A. de C. Reabilitação em cuidados paliativos. **Revista Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 25, n. 3, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000300501&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 out. 2016.

MONTEIRO, D. da R.; KRUSE, M. H. L.; ALMEIDA, M. de A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assesment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 4-8, 2010.

MORAIS, I. M. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**. Brasília, v. 18, n. 2, p. 289-309, 2010.

MORITZ, R. D. **Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 38-45, 2008.

MORITZ, R. D. et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 21, n. 3, p.32-36, 2009.

MORITZ, R. D. et al. II Forum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, 2011.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Florianópolis, v. 4, n. 20, p. 422-428, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a16.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

NETO, A.D, Ética nas decisões sobre o fim da vida: a importância dos cuidados paliativos. **Revista Nascer e crescer**. Porto, v. XXII, n. 4, 2013.

OLIVEIRA DE SOUSA, A. T. et al. Cuidados paliativos com paciente terminais: um enfoque na bioética. **Revista Cubana de Enfermería**. Ciudad de la Habana, v. 26, n. 3, p. 123-135, dez. 2010. Disponível em: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PEIXOTO, I. S. et al. A Educação Permanente, Continuada e em Serviço : desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**. v. 12, n. 29,

p. 324-340, 2013. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144121>>. Acesso em: 15 out. 2013.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

PESSINI L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

PRADO, M. L; BULNES, A. M; PENÃ, L. M. Metodología de la revisión de literatura en investigación. In: **Organización Panamericana de la Salud**. Investigación cualitativa en 163 enfermería: metodología y didáctica. Washington, DC: OPS, 2013. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, 10)

RODRIGUES, A.V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SAKATA, R. K. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v. 60, n. 2, p. 6-12, 2010.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. **Bioethikos**. São Camilo, v. 1, n. 3, p. 77-86, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

SANTOS, J. L. dos; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama, v. 18, n. 3, p. 199-203, set./dez. 2014.

SARDENBERG, C. Custos X Benefícios em Cuidados Paliativos: mais benefícios. **Einstein**. São Paulo, v. 9, p. 39-40, 2013.

SILVA, A. E.; GUIMARÃES E. A. A. Cuidados Paliativos de enfermagem: Perspectivas para técnicos e auxiliares. **Revista de**

Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Divinópolis – MG, v. 2, n. 3, p. 376-393, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/256/352>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SILVA, C. F. da et al. Concepção da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Salvador, v. 9, n. 18, p. 2597-2604, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a14.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 3, p. 697-703, set. 2009.

SILVA, M. M. da et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: EEAN. Rio de Janeiro, v. 3, n. 19, p. 460-466, jul. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0460.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.

SILVA, M. J. P. Comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2009, p. 263-74.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. T.; FIRMINO, F. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 61-63.

SINCLAIR, S. Impact of death and dying on the personal live and practices of palliative and hospice care professionals. **Canadian Medical Association Journal**. v. 183, n. 2, p. 180–187, 2010.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 55-57.

TRENTINI M.; PAIM, L; SILVA, D. M. V. **Pesquisa convergente-assistencial - PCA**: delineamento provocador de mudança nas práticas

de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2014.

VARGAS, M. A. de O. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Revista Texto Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 3, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009>. Acesso em: 10 out. 2013.

VARGAS, M. A. de O.; Schneider, D. G.; Rosa, L. M. Perspectiva bioética no contexto dos cuidados paliativos. In: VICENZI, M. do C. (org.). **Enfermagem em cuidados paliativos**. v. 4. Parte 1. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016.

VASQUES, T. C. S. **Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação**. 2012. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cancer Definition of Palliative Care**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. **Cancer pain relief and palliative care**. 2016. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1990. 75 p. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

**APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO
PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS



INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS									
Nome:		Leito:		Registro:		Data internação:		Data:	
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Idade:		Escala comportamental de bor					
Diagnóstico Médico:		PPS prévio internação:							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Escala de avaliação de sintomas (Edmonton)									
Fonte: Manual Brasileiro de Atenção-Paliativa, 2010									
Dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Fadiga	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Tristeza	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Ansiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Falta de apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Mai-estar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Recomendações:	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Integridade da pele comprometida		Restrição de decúbito		Eliminação Vesical		Eliminação Intestinal		Drenos	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:		<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> SVD		<input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Neostomia <input type="checkbox"/> Data última evacuação		<input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos	
<input type="checkbox"/> Grau I (hipermia) <input type="checkbox"/> Grau II (bolhas) <input type="checkbox"/> Grau III (exsudação) <input type="checkbox"/> Grau IV (escaras) <input type="checkbox"/> Localização		<input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda						<input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos <input type="checkbox"/> Drenos	

LEGENDA: PPS: Paliative Performance Scale; CAM-ICU: Confusion Assessment Method/Intensive Care Unit; CP: Cuidados Paliativos; ANCP: Associação Nacional de Cuidados Paliativos; Escala comportamental de Bor: paciente intubado e sedado

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS: CONHECIMENTO E VIVÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

PROJETO DE PESQUISA: CUIDADO PALIATIVO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADO

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS: CONHECIMENTO E VIVÊNCIAS EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DO ESTUDO:

NOME FICTICIO (FLOR OU PLANTA): _____

CARGO: _____

ESCOLARIDADE (maior titulação): _____

CURSOS REALIZADOS ABRANGENDO A TEMÁTICA CUIDADOS PALIATIVOS:

- N° de cursos realizados: _____
- Total de horas dos cursos (valor aproximado): _____

IDADE (em anos inteiros): _____ SEXO: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM (em anos completos): _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO (em anos completos): _____

TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI (em anos completos) _____

O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS (CP) PARA VOCÊ?

VOCÊ CONHECE OS PRINCÍPIOS DOS CP? QUAIS VOCÊ CONHECE?

MENCIONE OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS POR PACIENTE
EM CP?

VOCÊ CONHECE OS CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PACIENTES EM CP EM UTI?

SE SIM, POR FAVOR, DESCREVA-OS A SEGUIR.

UM PACIENTE QUE ESTÁ INTERNADO NA UTI EM CP DEVE RECEBER O MESMO ATENDIMENTO/CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE OS OUTROS PACIENTES INTERNADOS NA UTI? () SIM () NÃO Justifique sua resposta.

POR FAVOR, REGISTRE EXEMPLOS DE CUIDADOS DE CONFORTO QUE VOCÊ CONSIDERA QUE A ENFERMAGEM PODE OFERECER AO PACIENTE EM CP INTERNADO NA UTI EM CP?

COMO VOCÊ SE SENTE AO CUIDAR DE UM PACIENTE EM CP?

**APÊNDICE C: CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO
CONTINUADA EM SAÚDE SOBRE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS INTERNADOS EM UTI**

**CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE
SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS INTERNADOS EM UTI**

Local: Sala de reuniões da UTI do Hospital Nereu Ramos

DATA	TEMÁTICA	PALESTRANTE
14/07/16 e 21/07/16 Horário: 08:00 às 12:00	08:00 - Abertura dos trabalhos 08:15 - Aspectos históricos e o contexto do Cuidado Paliativo Conceituando Cuidado Paliativo: as mudanças na trajetória histórica 10:00 - CoffeeBreak 10:20 - Cuidado de Enfermagem ao paciente em palição Princípios do Cuidado Paliativos	Maristela Jaci Enfermeira da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON- SC
14/07/16 e 21/07/16 Horário: 13:30 às 17:30	13:30 - Trabalho Multiprofissional em CPs 14:30 - Comunicação entre equipe, pacientes e familiares no Cuidado Paliativo Critérios para indicação do Cuidado Paliativo em UTI 16:20 - CoffeeBreak 16:30 - Ética e Bioética em Cuidados Paliativos	Maristela Jaci Enfermeira da Unidade de Cuidados Paliativos do CEPON- SC Eduardo Berbigier Médico da Secretária Estadual de Saúde Samaroni Volpato Médico do Hospital Universitário SC Dulcinéia Ghizoni Schneider Enfermeira Sub-chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC
04/08/16 e 11/08/16 Horário 08:00 às 12:00	08:00 - Sinais e sintomas em pacientes em Cuidado Paliativo 10:00 - CoffeeBreak 10:15 - Fases do Cuidado Paliativo 11:00 - Protocolos de Cuidados Paliativos utilizado em UTI	Lara Kretzer Médica da Secretaria do Estado de SC Juliana Gulini Fisioterapeuta do Hospital Universitário da UFSC/SC

<p>04/08/16 e 11/08/16</p> <p>Horário: 13:30 às 17:30</p>	<p>13:30 - escalas utilizadas em Cuidados Paliativos.</p> <p>Apresentação e discussão do Instrumento de Cuidados Intensivos para pacientes em Cuidados Paliativos</p> <p>15:40 - CoffeBreack</p> <p>16:00 - Direitos do paciente e família em Cuidados Paliativos</p> <p>Significado dos Cuidados Paliativos para profissionais atuantes em UTI</p>	<p>Francine Gonçalves Honório Enfermeira da Secretaria do Estado de SC</p> <p>Natyele Rippel Silveira Enfermeira do Hospital SOS cardíaco</p>
---	---	---

**APÊNDICE D: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO
PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS -
AVALIAÇÃO E SUGESTÃO DA EQUIPE**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS



INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS			
Nome:		Leito:	Registro: / /
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Idade:	Data internação: / /
Diagnóstico Médico:		Avaliações e Contribuições da Equipe:	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
Escala de avaliação de sintomas (Edmonton) <small>Fonte: Revista Brasileira de Anestesiologia, 2019</small>			
Dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Fadiga	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Tristeza	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Ansiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Falta de apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Mal-estar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10		
Recomendações:			
Integridade da Pele Comprometida <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Grau I (hiperemia) <input type="checkbox"/> Grau II (bolhas) <input type="checkbox"/> Grau III (exulção) <input type="checkbox"/> Grau IV (necrose) Localização		Restrição de decúbito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Direta <input type="checkbox"/> Esquerda	
Eliminação Vesical <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD			

LEGENDA: PPS: Paliative Performance Scale; CAM/ICU: Confusion Assessment Method/Intensive Care Unit; CP: Cuidados Paliativos; ANCP: Associação Nacional de Unidades de Cuidados Paliativos; Escala comportamental de Dor: pacientes intubados e sedados



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL ISRAEL RAMOS



INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS									
Nome:		Leito:		Registro:		Data:			
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Idade:		Data internação:					
Avaliações e Contribuições da Equipe:									
Integridade da Pele Comprometida <input type="checkbox"/> Nenhum comprometimento <input type="checkbox"/> Grau I (hipermia) <input type="checkbox"/> Grau II (fissuração) <input type="checkbox"/> Grau III (exsudato) <input type="checkbox"/> Grau IV (necrose) Localização: _____		Restrição de decúbito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Esquema		Eliminação Vesical <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD _____		Eliminações Intestinais <input type="checkbox"/> Obstomía <input type="checkbox"/> Ileostomia Data última evacuação ____/____/____		Drenos <input type="checkbox"/> Torax <input type="checkbox"/> Períone <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
Escala Comportamental de Dor <small>Fonte: Manual de CP-ANCP, 2012</small>									
Expressão Facial		Movimento dos MMSS		Ventilação Mecânica		Total			
Fazendo caretas	4	Totalmente contraído	4	Impossibilidade de controle do ventilador	4				
Totalmente tensa	3	Totalmente flexionada	3	Lutando contra o ventilador	3				
Parcialmente tensa	2	Parcialmente flexionada	2	Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2				
Relaxada	1	Relaxada	1	Tolerando movimentos	1				
CAM-ICU para diagnóstico de Delírium <small>Fonte: Manual de CP-ANCP, 2012</small>									
Início agudo ou flutuante Há evidência de alguma alteração aguda do estado mental de base do paciente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Este comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:									
Distúrbio da atenção O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, isto é, distraiu-se facilmente ou teve dificuldades em acompanhar o que estava sendo dito? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:									
Alteração do nível de consciência O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:									

LEGENDA: PPS: Palliative Performance Scale; CAM/ICU: Confusion Assessment Method/Intensive Care Unit; CP: Cuidados Paliativos; ANCP: Associação Nacional de Cuidados Paliativos; Escala comportamental de Dor: pacientes intubados e sedados

[illegible]

**APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO
PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS – COM
SUGESTÕES DA EQUIPE APÓS CAPACITAÇÃO**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS



INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS									
Nome:		Leito:		Idade:		Data:			
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Registro:		Altura:		Data internação:			
Diagnóstico Médico:		Escala Comportamental de Dor <small>Fonte: Manual de CP/ANCP, 2012</small>							
PPS Prévio Internação:									
1		Expressão Facial	PT	Movimento dos MMSS	PT	Ventilação Mecânica	PT	Total	
2		Fazendo caretas	4	Totalmente contraído	4	Impossibilidade de controle do ventilador	4	Matutino	
3									
4									
5		Totalmente tensa	3	Totalmente flexionado	3	Lutando contra o ventilador	3	Vespertino	
6		Parcialmente tensa	2	Parcialmente flexionado	2	Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2	Noturno	
7		Relaxada	1	Relaxada	1	Tolerando movimentos	1		
Escala de avaliação de sintomas <small>(Adaptado de: Ferris, 2004; Manual de Cuidados Paliativos, 2012)</small>		CAM-ICU para diagnóstico de Delírium <small>Fonte: Manual de CP/ANCP, 2012</small>							
Dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Início agudo ou flutuante Há evidência de alguma alteração aguda do estado mental de base do paciente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.							
Fadiga	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Este comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.							
Náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pensamento desorganizado O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou com mudança imprevisível de assunto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.							
Tristeza	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Alteração do nível de consciência O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.							
Ansiiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Falta de apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Mal-estar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10								
Recomendações:									
Integridade da Pele Comprometida <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Grau I (hipermia) <input type="checkbox"/> Grau II (laceração) <input type="checkbox"/> Grau III (escudado) <input type="checkbox"/> Grau IV (necrose) Localização: _____		Restrição de decúbito <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerdo		Eliminação Vesical <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVO		Eliminações Intestinais <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obstipação Data última evacuação: ____/____/____		Drenos <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Perna <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	

LEGENDA: PPS: Paliativo; Performance: CAM/ICU; Confusão; Assessment Method/Intensive Care Unit; CP: Cuidados Paliativos; ANCP: Associação Nacional de Cuidados Paliativos; Escala comportamental de Dor: pacientes intubados e sedados

**APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO
PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS – VERSÃO
FINAL**

INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS																	
Nome:		PPS Prévio Interação:			Leito:	Idade:	Data:										
Fase da assistência intensiva: () 1ª fase () 2ª fase () 3ª fase		Registro:		Altura:													
Escala de RASS		Avaliação Pupilar		Escala de coma de GLASSGOW													
M		D		E		PT		Resposta Verbal		PT		Resposta Motora		PT		Total	
+1		Não completamente desperto mas consegue manter-se acordado - abertura dos olhos em resposta a voz (10 segundos)				Espontânea		Espontânea		5		Espontânea		6		M	
+2		Acorda por breves períodos e estabelece contato visual em resposta a voz (<10 segundos)				Espontânea		Espontânea		3		Espontânea		4		M	
+3		Movimentos não intencionais, luta contra o ventilador				Espontânea		Espontânea		2		Espontânea		3		T	
+4		Ansião, mas os movimentos não são agressivos ou energéticos				Espontânea		Espontânea		1		Espontânea		2		N	
0		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-1		Não responde a voz, mas abertura dos olhos em resposta a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-2		Não responde a voz, mas abertura dos olhos em resposta a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-3		Não responde a voz, mas abertura dos olhos em resposta a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-4		Não responde a voz, mas abertura dos olhos em resposta a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-5		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-6		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-7		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-8		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-9		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-10		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-11		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-12		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-13		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-14		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	
-15		Não responde a estimulação física				Espontânea		Espontânea		0		Espontânea		1		N	

APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado CUIDADO PALIATIVO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO, que será conduzida pela enfermeira atuante na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nereu Ramos, Francine Gonçalves Honório¹, mestranda do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa². Este estudo tem como objetivos gerais: Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, da UTI do Hospital Nereu Ramos, sobre os CP; Capacitar os profissionais de enfermagem, da UTI do Hospital Nereu Ramos, para o cuidado de pacientes em CP; Avaliar com os profissionais de enfermagem, da UTI do Hospital Nereu Ramos, se o instrumento de controle intensivo adaptado atende as necessidades dos pacientes em CP internados na UTI do Hospital Nereu Ramos; Implantar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CP na UTI do Hospital Nereu Ramos. A sua participação

¹ **Pesquisadora principal:** Francine Gonçalves Honório. CPSCPSSF 03396944917. Contatos: (48) 3216-9441, (48) 9619-9656, e-mail: francinehonorio@hotmail.com. Endereço Profissional: Rua Rui Barbosa, 500, Agrônômica, Florianópolis/SC CEP: 88025-301; Endereço residencial: Rua Lauro Linhares, 635, Bloco B3 apto 306 Trindade- Florianópolis/SC CEP: 88036-001.

² **Pesquisadora responsável:** Luciana Martins da Rosa. CPSCPSSF: 853602879-34. Contatos: (48) 3721-3455 ou 3721-9480, e-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br. Endereço Profissional: R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, - CCS, bloco I, sala 512, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88040-400. Endereço residencial: Avenida Mauro Ramos 1250, bloco A2, apto 31, Florianópolis/SC CEP: 88020-301.

acontecerá pela presença nas atividades de capacitação que serão oferecidas tendo como tema os cuidados paliativos para pacientes internados em UTI; em responder a um questionário contendo perguntas abertas e fechadas que abordam dados relacionados à formação, atuação profissional e percepção sobre cuidados paliativos e, na avaliação do instrumento de controle intensivo, adaptado para os pacientes em cuidados paliativos. Esta avaliação ocorrerá durante a atividade de capacitação sobre cuidados paliativos, prevista para este estudo e no uso do instrumento na prática clínica do cenário da UTI do Hospital Nereu Ramos. A capacitação será realizada em seu ambiente de trabalho, em horário que não atrapalhe suas atividades laborais. O questionário será disponibilizado na forma impressa e você terá um tempo para responder as questões, um plantão de trabalho. A entrega do questionário será no seu local de trabalho, de forma individualizada, e você poderá utilizar a sala de reuniões da Unidade para respondê-lo. Informamos que os benefícios esperados com este estudo envolvem melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes e familiares internados sobre os cuidados paliativos, beneficiando com isso a clientela atendida e capacitando a equipe numa área da saúde com crescente demanda de atuação e ainda repleta de dilemas éticos. Não estão sendo previstos danos à sua saúde. Entretanto, em função da abordagem do tema é possível alguma mobilização emocional que pode gerar desconforto de natureza psicológica. Caso isso, venha ocorrer, será interrompido a coleta de dados com você, participante do estudo, e você será ouvido pela pesquisadora principal deste estudo, diante de suas inquietações e/ou dúvidas. Se ainda isto não for suficiente, a pesquisadora principal se responsabilizará em solicitar atendimento de saúde adequado a você, a partir dos membros da equipe de saúde que compõem o quadro profissional do cenário do estudo, ou outro de sua escolha. Garantimos que os dados coletados serão utilizados para fins dessa pesquisa e que somente os pesquisadores terão acesso aos mesmos. Os dados ficarão guardados por um tempo de cinco anos de posse dos pesquisadores em local reservado e que posterior ao período anteriormente referido, serão incinerados.

Os resultados serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos, garantindo-se o anonimato de suas informações pessoais. Para tanto haverá a utilização de nomes fictícios, preservando assim sua identidade. Os possíveis nomes fictícios, de plantas ou flores, serão sugeridos pela pesquisadora principal, quando da entrega do questionário a ser preenchido por você, mas a escolha do melhor nome para representa-lo é sua. Caso aceite ser participante deste estudo, por favor, registre no instrumento de coleta dos dados o nome fictício que desejar. Você tem direito a retirar o seu consentimento em qualquer momento do estudo, bastando para isso entrar em contato com os pesquisadores nos endereços e contatos que se encontram adiante neste termo. Isso não lhe trará qualquer prejuízo. O estudo não prevê nenhuma despesa por sua participação e nenhuma compensação financeira, no entanto, caso ocorram gastos relacionados a sua participação na pesquisa, devidamente comprovados, estes gastos serão ressarcidos, além disto, garantimos o direito a indenizações, comprovadamente, vinculadas a sua participação neste estudo. Você receberá todas as vias deste termo rubricadas em todas as suas páginas. Fica assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Para tanto, faça contato com as pesquisadoras do estudo sempre que desejar. Endereço, telefone e e-mail para contato são registrados neste termo de consentimento. Caso concorde com os esclarecimentos realizados acima, solicitamos que assine o referido termo no espaço reservado abaixo. Ainda ressalta-se que este estudo seguirá os preceitos legais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, instituídos pela Resolução 466/2012. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo você poderá fazer contato com Comitê de Ética¹ em Pesquisa da Universidade Federal de Santa

¹ **Comitê de Ética avaliador deste estudo:** Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH-UFSC: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400 Contato: (48) [3721-6094](tel:3721-6094) cep.propesq@contato.ufsc.br

Catarina - CEP SH-UFSC: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400. Contatos: (48) 3721-6094 cep.propesq@contato.ufsc.br

Assinatura pesquisadora principal – Francine Gonçalves Honório

Assinatura pesquisadora responsável – Luciana Martins da Rosa

Desde já, agradecemos sua participação.

Termo de Consentimento

Eu,

_____ nacionalidade _____, portador da carteira de identidade _____, afirmo que fui orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e que compreendi a natureza e o objetivo do já referido estudo, assim, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Assinatura do participante da pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

ANEXO 1: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Escala de avaliação de sintomas (Edmonton)		Medicamentos
Dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Fadiga	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Tristeza	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Ansiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Falta de apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Mal-estar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	
Recomendações:		

Fonte: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos- ANCP**, 2º edição p. 207 São Paulo, 2012.

ANEXO 2: ESCALA COMPORTAMENTAL DE DOR DE BEHAVIORAL – (BEHAVIORAL PERFORMANCE SCALE)

Escala de Dor (Behavioral)						
Expressão Facial	PT	Movimento dos MMSS	PT	Ventilação Mecânica	PT	Total
Fazendo caretas	4	Totalmente contraído	4	Impossibilidade de controle do ventilador	4	
Totalmente tensa	3	Totalmente flexionado	3	Lutando contra o ventilador	3	
Parcialmente tensa	2	Parcialmente flexionado	2	Tossindo, mas tolerando a maior parte do tempo	2	
Relaxada	1	Relaxada	1	Tolerando movimentos	1	

Fonte: SAKATA, RIOKO KIMIKO. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v 60, n. 2,p.6 , 2010.

ANEXO 3: ESCALA DE CONFUSION ASSESSMENT METHOD – CAM – ICU - VERSÃO PORTUGUÊS

CAM-ICU para diagnóstico de Delirium	
<p><u>Início agudo ou flutuante</u> Há evidência de alguma alteração aguda do estado mental de base do paciente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:</p> <p>Este comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:</p>	<p><u>Distúrbio da atenção</u> O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, isto é, distraiu-se facilmente ou teve dificuldades em acompanhar o que estava sendo dito? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:</p>
<p><u>Pensamento desorganizado</u> O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou com mudança imprevisível de assunto? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:</p>	<p><u>Alteração do nível de consciência</u> O paciente encontra-se hiperalerta (hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente), letárgico, em estupor ou coma? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:</p>

Fonte: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos - ANCP**, 2. ed., p.188, São Paulo, 2012.

**ANEXO 4: INSTRUMENTO DE CONTROLE INTENSIVO PARA
PACIENTES INTERNADOS EM UTI**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL NEREU RAMOS



CONTROLE INTENSIVO - UTI									
Nome:		Leito:	Peso:	Registro:	Altura:	Data internação:	Data:		
Isolamento: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Respiratório <input type="checkbox"/> Proteção/ Reverso									
Escala de RASS		Avaliação Pupilar		Escala de coma de GLASGOW					
		Período		PT		Resposta Verbal		PT	
		M		4		Esponânea		5	
		E		3		Ao chamado		4	
		M		2		Sons Incompreensíveis		3	
		T		1		Aos estímulos dolorosos		2	
						Ausente		1	
						Ausente		2	
						Ausente		3	
						Ausente		4	
						Ausente		5	
						Ausente		6	
						Ausente		7	
						Ausente		8	
						Ausente		9	
						Ausente		10	
						Ausente		11	
						Ausente		12	
						Ausente		13	
						Ausente		14	
						Ausente		15	
						Ausente		16	
						Ausente		17	
						Ausente		18	
						Ausente		19	
						Ausente		20	
						Ausente		21	
						Ausente		22	
						Ausente		23	
						Ausente		24	
						Ausente		25	
						Ausente		26	
						Ausente		27	
						Ausente		28	
						Ausente		29	
						Ausente		30	
						Ausente		31	
						Ausente		32	
						Ausente		33	
						Ausente		34	
						Ausente		35	
						Ausente		36	
						Ausente		37	
						Ausente		38	
						Ausente		39	
						Ausente		40	
						Ausente		41	
						Ausente		42	
						Ausente		43	
						Ausente		44	
						Ausente		45	
						Ausente		46	
						Ausente		47	
						Ausente		48	
						Ausente		49	
						Ausente		50	
						Ausente		51	
						Ausente		52	
						Ausente		53	
						Ausente		54	
						Ausente		55	
						Ausente		56	
						Ausente		57	
						Ausente		58	
						Ausente		59	
						Ausente		60	
						Ausente		61	
						Ausente		62	
						Ausente		63	
						Ausente		64	
						Ausente		65	
						Ausente		66	
						Ausente		67	
						Ausente		68	
						Ausente		69	
						Ausente		70	
						Ausente		71	
						Ausente		72	
						Ausente		73	
						Ausente		74	
						Ausente		75	
						Ausente		76	
						Ausente		77	
						Ausente		78	
						Ausente		79	
						Ausente		80	
						Ausente		81	
						Ausente		82	
						Ausente		83	
						Ausente		84	
						Ausente		85	
						Ausente		86	
						Ausente		87	
						Ausente		88	
						Ausente		89	
						Ausente		90	
						Ausente		91	
						Ausente		92	
						Ausente		93	
						Ausente		94	
						Ausente		95	
						Ausente		96	
						Ausente		97	
						Ausente		98	
						Ausente		99	
						Ausente		100	
						Ausente		101	
						Ausente		102	
						Ausente		103	
						Ausente		104	
						Ausente		105	
						Ausente		106	
						Ausente		107	
						Ausente		108	
						Ausente		109	
						Ausente		110	
						Ausente		111	
						Ausente		112	
						Ausente		113	
						Ausente		114	
						Ausente		115	
						Ausente		116	
						Ausente		117	
						Ausente		118	
						Ausente		119	
						Ausente		120	
						Ausente		121	
						Ausente		122	
						Ausente		123	
						Ausente		124	
						Ausente		125	
						Ausente		126	
						Ausente		127	
						Ausente		128	
						Ausente		129	
						Ausente		130	
						Ausente		131	
						Ausente		132	
						Ausente		133	
						Ausente		134	
						Ausente		135	
						Ausente		136	
						Ausente		137	
						Ausente		138	
						Ausente		139	
						Ausente		140	
						Ausente		141	
						Ausente		142	
						Ausente		143	
						Ausente		144	
						Ausente		145	
						Ausente		146	
						Ausente		147	
						Ausente		148	
						Ausente		149	
						Ausente		150	
						Ausente		151	
						Ausente		152	
						Ausente		153	
						Ausente		154	
						Ausente		155	
						Ausente		156	
						Ausente		157	
						Ausente		158	
						Ausente		159	
						Ausente		160	
						Ausente		161	
						Ausente		162	
						Ausente		163	
						Ausente		164	
						Ausente		165	
						Ausente		166	
						Ausente		167	
						Ausente		168	
						Ausente		169	
						Ausente		170	
						Ausente		171	
						Ausente		172	
						Ausente		173	
						Ausente		174	
						Ausente		175	
						Ausente		176	
						Ausente		177	
						Ausente		178	
						Ausente		179	
						Ausente		180	
						Ausente		181	
						Ausente		182	
						Ausente		183	
						Ausente		184	
						Ausente		185	
						Ausente		186	
						Ausente		187	
						Ausente		188	
						Ausente		189	
						Ausente		190	
						Ausente		191	
						Ausente		192	
						Ausente		193	
						Ausente		194	
						Ausente		195	
						Ausente		196	
						Ausente		197	
						Ausente		198	
						Ausente		199	
						Ausente		200	
						Ausente		201	
						Ausente		202	
						Ausente		203	
						Ausente		204	
						Ausente		205	
						Ausente		206	
						Ausente		207	
						Ausente		208	
						Ausente		209	
						Ausente		210	
						Ausente		211	
						Ausente		212	
						Ausente		213	
						Ausente		214	
						Ausente		215	
						Ausente		216	
						Ausente		217	
						Aus			

ANEXO 5: PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO PALIATIVO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CONTRIBUIÇÕES PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADO

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55795116.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.557.331

Apresentação do Projeto:

Trata o presente projeto de uma pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que será desenvolvido por Francine Gonçalves Honório sob orientação de Luciana Martins da Rosa, que assina a folha de rosto como pesquisador responsável juntamente com Alacoque Erdmann, subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cuidado em Enfermagem. Pretendem analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os CP; capacitar os profissionais de enfermagem para o cuidado de pacientes em CP; avaliar com os profissionais de enfermagem se o instrumento de controle intensivo adaptado atende as necessidades dos pacientes em CP; implantar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CP em uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infecto contagiosas e pulmonares

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, de uma UTI do Estado de Santa Catarina referência em doenças infecto contagiosas e pulmonares, sobre os CP.
- Capacitar os profissionais de enfermagem, de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infecto contagiosas e pulmonares, para o cuidado de pacientes em CP.
- Avaliar com os profissionais de enfermagem, de uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.557.331

em doenças infecto contagiosas e pulmonares, se o instrumento de controle intensivo adaptado atende as necessidades dos pacientes em CP internados em uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infecto contagiosas e pulmonares.

• Implantar o uso do instrumento de controle intensivo adaptado para pacientes em CP em uma UTI do Estado de Santa Catarina, referência em doenças infecto contagiosas e pulmonares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Não estão sendo previstos danos à saúde dos participantes do estudo. Entretanto, em função da abordagem do tema é possível alguma mobilização emocional que pode gerar desconforto de natureza psicológica. Caso isso ocorra, será interrompida a coleta de dados, o participante será ouvido, diante de suas inquietações e/ou dúvidas. Se ainda isto não for suficiente, a pesquisadora principal se responsabilizará em solicitar atendimento de saúde adequado aos participantes da pesquisa. Este atendimento será viabilizado dentre os membros da equipe de saúde que compõem o quadro profissional do cenário do estudo.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo permitirão melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes e familiares internados sob CP em UTI, beneficiando com isso a clientela atendida e capacitando a equipe numa área da saúde com crescente demanda de atuação e ainda repleta de dilemas éticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- (1) Folha de rosto
- (2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB
- (3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra
- (4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- (5) Declaração de concordância expedida pelo Hospital Nereu Ramos
- (6) Instrumento de coleta de dados

Recomendações:

Não há

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401**Bairro:** Trindade**CEP:** 88.040-400**UF:** SC**Município:** FLORIANOPOLIS**Telefone:** (48)3721-6094**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 1.557.331

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o projeto e outros documentos apresentados sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_701161.pdf	05/05/2016 08:14:09		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostocep.pdf	05/05/2016 08:13:17	Francine Gonçalves Honorio	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaanuencianereucep.pdf	05/05/2016 08:13:03	Francine Gonçalves Honorio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomestradoparacep.pdf	04/05/2016 08:08:07	Francine Gonçalves Honorio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle.pdf	19/04/2016 21:58:57	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br